Rapport sur le processus d'examen des ordonnances de traitement en milieu communautaire en vertu de l'article 33.9 de la *Loi sur la santé mentale*

pour le ministère de la Santé
et des Soins de longue durée de l'Ontario

Dreezer & Dreezer Inc.

Décembre 2005

2008-01522/

Remerciements

La production du présent rapport n'aurait pas été possible sans les centaines d'heures de travail qu'y ont consacrées diverses personnes des quatre coins de la province. Bien que les particuliers et les groupes avec lesquels nous nous sommes entretenus avaient souvent des divergences d'opinions sur certaines questions, ils partageaient tous la même passion de promouvoir la dignité et la santé des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante.

Nous désirons donc témoigner notre gratitude à tous les spécialistes des ordonnances de traitement en milieu communautaire et des questions de droit relatives à la santé mentale qui ont donné de leur temps pour faciliter notre recherche et ainsi rendre possible la rédaction de ce rapport. Nous tenons tout particulièrement à remercier les clients faisant l'objet d'ordonnances de traitement en milieu communautaire et les autres clients, les membres de leurs familles, les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale, les membres des équipes de traitement communautaire dynamique, les avocats, les membres des tribunaux, les juges, les agents de libération conditionnelle et les agents de police, ainsi que les fonctionnaires qui se sont mis à notre disposition, qui nous ont fait part de leur expertise, de leur expérience et de leur opinion arrêtée. Nous espérons que le présent rapport reflète fidèlement leurs points de vue et leurs expériences.

Nous désirons remercier tout particulièrement les coordonnateurs des ordonnances de traitement en milieu communautaire de toute la province. Ils nous ont apporté une aide inestimable en facilitant nos consultations partout en Ontario.

Les membres de l'équipe d'experts-conseils

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a confié le processus d'examen à Dreezer & Dreezer Inc. qui a mis sur pied une équipe de trois personnes pour entreprendre le projet. Chaque membre de l'équipe était responsable d'un aspect précis du processus d'examen, et les conclusions et recommandations ont été rédigées collectivement puisqu'elles amalgament leurs constatations. Voici un résumé des antécédents de chaque membre de l'équipe :

Stephen Dreezer, CA

Stephen Dreezer a coordonné le processus d'examen et s'est chargé de la cueillette et de l'analyse des données.

M. Dreezer est comptable agréé et conseiller en gestion. Il a fait partie de la fonction publique de l'Ontario (FPO) de 1968 à 1990. De 1969 à 1988, il a travaillé au ministère de la Santé de l'Ontario où il a occupé les postes de directeur général de la Division des finances et de l'administration (de 1976 à 1986) et de directeur général de la Division des soins en établissements (de 1986 à 1988). Depuis qu'il a quitté la FPO, en 1990, il a accepté un vaste éventail de contrats de services-conseils dans le secteur public.

Michael Bay, B. en Dr.

Michael Bay s'est chargé du volet entrevue du processus d'examen.

M. Bay est avocat et compte une grande expérience dans le domaine de la santé mentale. De 1995 à 2002, il a été le premier président et chef de la direction de la Commission du consentement et de la capacité de l'Ontario; de 1998 à 2000, il a occupé le poste de directeur du Projet de formation sur la législation en matière de santé mentale; de 1993 à 1994, il a exercé les fonctions de coordonnateur de la mise en œuvre à la Commission du consentement et de la capacité; en 1989, le ministère de la Santé l'a chargé d'une étude de six mois sur la structure, l'organisation et l'avenir du conseil de révision des dossiers psychiatriques; de 1989 à 1995, il a été président du conseil de révision des dossiers psychiatriques (Ouest de Toronto); de 1988 à 1989, il a exercé les fonctions d'avocat en santé mentale à la Direction des services juridiques du ministère de la Santé et en 1988, il a occupé le poste d'attaché de direction du ministre de la Santé. M. Bay travaille actuellement en pratique privée, où il se consacre à l'éducation, aux services-conseils, au règlement de différends, au droit de la santé et au droit administratif. Il est également professeur adjoint (à temps partiel) au département de psychiatrie et de neurosciences de l'Université McMaster.

David Hoff, B.A., M.A., titulaire d'une maîtrise en santé publique

David Hoff s'est occupé de l'étude documentaire.

M. Hoff a occupé plusieurs postes de gestion dans des hôpitaux, agi à titre d'expert-conseil auprès du ministère de la Santé de l'Ontario et a enseigné dans des universités et au sein d'associations professionnelles. De 2002 à 2005, il a été arbitre pour la Commission du consentement et de la capacité. Depuis 2001, il exploite un cabinet d'experts-conseils en gestion.

De 1981 à 2001, M. Hoff a travaillé pour le ministère de la Santé, occupant notamment les postes suivants : directeur du Projet de transition, Commission du consentement et de la capacité, de 1999 à 2001; directeur des opérations intérimaires, Commission ontarienne d'examen, en 1999; chef de l'Unité des politiques relatives aux mesures législatives et Chef du Groupe de soutien - priorités stratégiques, de 1996 à 1999; conseiller principal, Bureau des stratégies de la santé, ministère de la Santé, de 1995 à 1996; directeur général intérimaire, Conseil régional de santé de Halton, de 1993 à 1994; directeur, Direction de la recherche, de l'évaluation et des affaires intergouvernementales, en 1992; directeur, Direction de la formation et de la recherche, de 1990 à 1992; directeur, Direction de l'élaboration des politiques, de 1989 à 1990; coordonnateur de la planification régionale, Région du Centre-Ouest, Programme des conseils régionaux de santé, de 1986 à 1989.

Table des matières

Lettre d'accompagnement

1.0 Sommaire 1

1.1 Aperçu 1

1.2 Contexte 2

1.3 Étude documentaire 3

1.4 Données 3

1.5 Entrevues 4

1.6 Constatations 5

Les raisons pour lesquelles les OTMC ont été (ou n'ont pas été) utilisées pendant la période d'examen. 5

L'efficacité des OTMC pendant la période d'examen 7

Les méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'OTMC 8

Mécanismes et efficacité des conseils en matière de droits 8

1.7 Recommandations 10

Coercition légale et recherche 10

Exécution 11

Rôle des coordonnateurs des OTMC 12

Portée du prochain examen 14

2.0 Contexte 15

2.1 Le système de santé mentale 15

2.2 Mesures législatives 16

2.3 Processus d'OTMC imposés par la loi 16

2.4 L'étude 18

2.4.1 Les questions 18

2.4.2 Méthodologie d'examen 19

2.4.2.1 L'étude documentaire 19

2.4.2.2 Les données quantitatives 19

2.4.2.3 Entretiens avec des clients d'OTMC, des membres de leur famille, des amis, des mandataires spéciaux, des professionnels des soins de santé, des organismes de soutien et de services, des organismes chargés de l'application de la loi, etc. 20

2.4.2.4 Limites 20

3.0 Étude documentaire 21

3.1 Structure des OTMC dans d'autres territoires de compétence 21

3.1.1 Nouvelle-Zélande 22

3.1.1.1 Lois de la Nouvelle-Zélande 22

3.1.1.2 Documentation de la Nouvelle-Zélande 23

3.1.2 Australie 24

3.1.2.1 Lois de Victoria (Australie) 24

3.1.2.2 Lois de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie) 25

3.1.2.3 Documentation australienne 27

3.1.3 Écosse 28

3.1.3.1 Loi de 2003 sur la santé mentale (soins et traitements) (Écosse) 28

3.1.4 Angleterre et pays de Galles 30

3.1.4.1 Avant-projet de loi sur la santé mentale de 2004 30

3.1.5 Israël 32

3.1.6 États-Unis 32

3.2 Canada 34

3.3 Éléments de preuve des essais cliniques 37

3.3.1 Examen de RAND 38

3.3.2 Examen de la Collaboration Cochrane 40

3.4 Sujet choisi dans la documentation : la coercition 41

4.0 Données 44

4.1 Données provenant de sources confirmées 44

4.1.1 Données provenant du RASO 44

4.1.2 Base de données sur les formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) 46

4.1.2.1 Renseignements généraux 46

4.1.2.2 Âge, sexe et emplacement géographique des clients faisant l'objet d'OTMC (y compris les clients du RASO qui ne sont pas inscrits dans la base de données du MSSLD) 47

4.1.2.3 Sommaires des données du MSSLD et des OTMC du RASO (du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003) 48

4.1.2.4 Autres données démographiques recueillies par les programmes/coordonnateurs des OTMC 58

4.1.2.5 Raisons de la non-délivrance d'une OTMC 59

4.1.2.6 Renouvellement des OTMC en retard 60

4.1.3 Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques 62

Changement 63

Changement 63

4.1.4 La Commission du consentement et de la capacité 65

4.1.4.1 Données sur les audiences 65

4.1.4.2 Délivrances ultérieures d'OTMC 67

4.1.4.3 Appariement des données des audiences de la Commission du consentement et de la capacité avec celles des formules de renseignements sur les ordonnances de traitement en milieu communautaire et du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. 68

4.1.5 Autorisations de s'absenter 68

4.1.6 Honoraires à la séance 70

4.2 Le site Web 70

4.3 Le sondage 72

4.4 Mesures quantitatives de l'efficacité des OTMC 73

5.0 Entrevues 79

5.1 Perspectives des bénéficiaires 81

5.2 Perspectives des familles 83

5.3 Questions autochtones 84

5.4 Collectivités multiculturelles de l'Ontario 84

5.5 L'effet de mentorat 85

5.6 Coordonnateurs des OTMC 85

5.7 La perspective rurale 86

5.8 Exécution des OTMC 86

5.9 Perspective de la police et des autres intervenants de l'appareil judiciaire 89

5.10 Les OTMC et le processus de justice pénale 90

5.11 Mandataires spéciaux 91

5.12 Paiement des médecins 92

5.13 Assurance de la qualité et uniformité d'une région à l'autre de l'Ontario 93

5.14 La paperasse 94

5.15 Examen des solutions de rechange moins contraignantes 95

5.16 Consentement volontaire aux ordonnances de traitement en milieu communautaire 95

5.17 Exigences techniques relatives à la prise et au renouvellement d'une OTMC 96

5.18 Conseils en matière de droits 98

5.19 La commercialisation des ordonnances de traitement en milieu communautaire et l'expression « Loi Brian » 100

5.20 Pertinences des ordonnances de traitement en milieu communautaire 100

5.21 Planification des congés et partenariats entre les hôpitaux et la collectivité 101

5.22 Le rôle de l'éducation 101

5.23 Utilisation des OTMC à l'extérieur des établissements psychiatriques de l'annexe 1 et des équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD) 102

5.24 Le problème des vérifications policières 102

5.25 Bien-être 103

5.26 Logement, emploi et autres services de soutien communautaire 103

5.27 Autorisations de s'absenter 104

5.28 Questions relatives à la Commission du consentement et de la capacité 105

5.29 Répondre aux besoins des clients les plus démunis 106

5.30 Les jeunes 107

6.0 Mémoires 109

7.0 Résultats 110

7.1 Les raisons pour lesquelles les OTMC ont été ou n'ont pas été utilisées pendant la période d'examen 110

7.1.1 Quels facteurs influent sur la décision des clients d'utiliser ou d'accepter une OTMC? 110

7.1.1.1 Raisons pour lesquelles les clients utilisent ou acceptent une OTMC 110

7.1.1.2 Raisons pour lesquelles les clients refusent d'utiliser ou d'accepter une OTMC 110

7.1.2 Quels facteurs influent sur la décision des médecins d'utiliser ou d'accepter une OTMC? 111

7.1.2.1 Raisons pour lesquelles les médecins utilisent ou acceptent une OTMC 111

7.1.2.2 Raisons pour lesquelles les médecins refusent d'utiliser ou d'accepter une OTMC 112

7.1.3 Quels facteurs influent sur la décision des mandataires spéciaux d'utiliser ou d'accepter une OTMC? 116

7.1.3.1 Raisons pour lesquelles des mandataires spéciaux utilisent ou acceptent une OTMC .. 116

7.1.3.2 Raisons pour lesquelles les mandataires spéciaux refusent d'utiliser ou d'accepter une OTMC 117

7.1.3.3 Autres facteurs importants influant sur la décision des mandataires spéciaux 117

7.1.4 Quelles sont les solutions de rechange utilisées pour traiter les clients dans la collectivité? 118

7.1.5 Quelles sont les caractéristiques des clients qui utilisent les OTMC? 118

7.1.6 Qui délivre les OTMC? 119

7.2 L'efficacité des OTMC pendant la période d'examen 120

7.2.1 Quels sont les effets des OTMC sur le mieux-être et la satisfaction des clients? 120

7.2.2 De quels services et soutiens bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC? 120

7.2.3 Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC? 121

7.3 Méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'OTMC 121

7.3.1 Quels résultats sont mesurés chez les clients? 121

7.3.2 De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés? 122

7.4 Mécanismes et efficacité des conseils en matière de droits 122

7.5 Prévalence et efficacité des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC 125

8.0 Conclusions et recommandations 128

8.1 Conclusions sur les pratiques exemplaires 128

8.2 Le défi et le dilemme 129

8.3 Recommandations 131

8.3.1 Changements administratifs et réglementaires proposés pour améliorer les OTMC 131

8.3.2 Recherche proposée sur la nécessité et l'efficacité de l'aspect juridique des OTMC 136

8.3.3 Changements législatifs proposés à prendre en compte au moment de modifier la *Loi sur la santé mentale* 137

8.3.4 Changements relatifs aux conseils en matière de droits et aux autorisations de s'absenter 140

8.3.5 Recommandations sur le prochain examen prévu par la loi et travaux à entreprendre afin de s'y préparer 142

8.3.5.1 Portée du prochain examen 143

8.3.5.2 Données 144

9.0 Annexes 146

9.1 Bibliographie choisie 146

9.2 Lieux des entrevues 156

9.3 Le questionnaire 156

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS 157

9.4 Régions de planification du MSSLD 161

Dreezer & Dreezer Inc.
Management and Communications Consultants
51, avenue Dell Park
Toronto (Ontario) M6B 2T7
dreezer@eigerconsortium.com

Décembre 2005

L'honorable George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Monsieur le Ministre,

Il nous fait plaisir de vous présenter notre rapport sur le premier processus d'examen imposé par la *Loi des ordonnances de traitement en milieu communautaire* (OTMC) de l'Ontario. L'article 33.9 de la *Loi sur la santé mentale* exige que le ministre établisse un processus d'examen des trois éléments suivants :

- les raisons pour lesquelles les ordonnances de traitement en milieu communautaire ont été utilisées ou n'ont pas été utilisées durant la période d'examen;
- l'efficacité des ordonnances de traitement en milieu communautaire durant la période d'examen;
- les méthodes d'évaluation des résultats de tout traitement reçu dans le cadre des ordonnances de traitement en milieu communautaire.

En outre, nous devions examiner :

- les mécanismes de prestation de conseils en matière de droits et leur efficacité;
- la prévalence et l'efficacité des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC.

En nous appuyant sur les résultats de notre examen, nous avons entrepris de fournir des recommandations visant à améliorer le processus d'OTMC et, également, de suggérer des façons d'accroître la qualité du prochain examen, qui aura lieu dans cinq ans.

Michael Bay, David Hoff et moi serions heureux de vous rencontrer, avec vos fonctionnaires, afin de discuter de notre rapport.

Cordialement,

Le président,
Stephen Dreezer, CA

1.0 Sommaire

1.1 Aperçu

Comme il est expliqué plus loin, l'article 33.9 de la *Loi sur la santé mentale* exige le présent processus d'examen. Le présent examen a une portée limitée; il ne remplace donc pas une étude valide et bien structurée. Cependant, bon nombre de nos conclusions sont en accord avec la documentation sur les OTMC du Canada et de l'étranger.

Il est incontestable que les OTMC ont aidé bon nombre de personnes et leurs familles. Bien que notre examen ait permis de cerner quelques problèmes de fonctionnement relatifs à l'utilisation des OTMC comme traitement destiné aux personnes qui seraient autrement détenues dans un établissement psychiatrique, il est évident que les OTMC constituent une option de traitement viable parmi celles offertes aux fournisseurs de soins de santé et à certains de leurs patients. Les avantages que procure une OTMC ressemblent à ceux de tout autre programme communautaire de santé mentale; à plusieurs égards, les facteurs de réussite sont les mêmes. Par exemple, les principales constatations de la Community Mental Health Evaluation Initiative (*Making a Difference, Ontario's Community Mental Health Evaluation Initiative*, octobre 2004 – www.ontario.cmha.ca/cmhei) comprennent l'affirmation suivante : « Le soutien au logement, à l'emploi, aux revenus et aux soins de santé est essentiel à la santé et au bien-être des personnes atteintes d'une maladie mentale grave » [*traduction*]. Cet énoncé est aussi vrai dans le cas des patients faisant l'objet d'OTMC que dans le cas de ceux qui suivent les autres programmes de santé mentale en milieu communautaire.

Au début de notre examen, nous avions l'intention d'éviter de rédiger un rapport comprenant une longue liste de recommandations semblable à celles que l'on peut trouver dans beaucoup d'autres rapports et qui, selon nous, nuit à la mise en œuvre. Cependant, le grand nombre d'opinions divergentes, voire contradictoires, que nous avons entendues directement ou lues nous a poussés à présenter une longue série de recommandations visant à améliorer le fonctionnement des OTMC. Pour faciliter la tâche des décideurs politiques, nous avons classé nos recommandations dans cinq catégories : changements administratifs et réglementaires; recherche nécessaire; modifications législatives; modifications des conseils en matière de droits et des autorisations de s'absenter et prochain processus d'examen. Ces catégories permettent de distinguer les changements d'ordre législatif des autres.

En raison de la nature même du débat sur les OTMC, nos constatations et nos recommandations attireront certainement autant d'opinions favorables que défavorables. Par exemple, les personnes désirant l'abolition des OTMC parce qu'elles considèrent que celles-ci violent les droits de la personne ne changeront pas d'idée.

Presque au début de notre démarche, nous avons constaté que les OTMC ne constituent qu'un seul des nombreux traitements qui s'offrent aux personnes ayant besoin de traitements et de soutien en raison de leur maladie mentale. Bien que la disposition de la *Loi sur la santé mentale* qui exige un examen périodique des OTMC soit propre à l'Ontario et constitue une exigence progressive, il est malheureux qu'elle traite uniquement de trois aspects et que ceux-ci se limitent à l'étude des OTMC. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) nous a demandé d'élargir la portée de notre examen pour inclure d'autres questions. Nous recommandons même que la portée de l'examen qui aura lieu dans cinq ans soit davantage élargie afin que cet examen touche tous les programmes communautaires de santé mentale, les services de soutien communautaires connexes, l'utilisation d'autorisations de s'absenter, les conseils en matière de droits, etc., y compris les OTMC. La raison d'être de cette recommandation est expliquée dans le présent rapport. En gros, les OTMC font partie de l'éventail de soins de santé mentale en milieu communautaire et sont (ou ne sont pas) utilisées pour une variété de raisons liées à ce fait, y compris pour obtenir des soins qui ne seraient pas offerts autrement.

Notre rapport souligne un certain nombre d'autres points essentiels et fournit des recommandations à leur égard. Parmi les points sur lesquels nous nous sommes penchés, citons le manque de recherche sur la relation entre la coercition inhérente aux OTMC et le besoin de recevoir des traitements ainsi que le dilemme créé par cette situation; les nombreux problèmes d'exécution soulevés entre les psychiatres et les organismes d'application de la loi et qui ne servent pas nécessairement les intérêts des clients faisant l'objet d'OTMC; l'élargissement du rôle des coordonnateurs des OTMC afin d'améliorer la gestion du processus des OTMC; de même que la difficulté d'obtenir des données à jour, exactes et complètes.

1.2 Contexte

En Ontario, les ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC) constituent une option de traitement établie en vertu des articles 33.1 à 33.8 de la *Loi sur la santé mentale*, qui est entrée en vigueur le 1er décembre 2000.

L'article 33.9 de la Loi exige que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée établisse une procédure afin d'examiner :
a) les raisons pour lesquelles les ordonnances de traitement en milieu communautaire ont été ou n'ont pas été utilisées;
b) l'efficacité des ordonnances de traitement en milieu communautaire pendant la période d'examen;
c) les méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'ordonnances de traitement en milieu communautaire.

La Loi exige que cet examen soit effectué tous les cinq ans après l'achèvement du présent examen, qui est le premier.

Le MSSLD a retenu les services d'une équipe de trois experts-conseils de Dreezer & Dreezer Inc. pour effectuer cet examen. Il s'agit de Stephen Dreezer, CA, de Michael Bay, B. en Dr, et de David Hoff.

En plus des questions obligatoires, le MSSLD a demandé que l'équipe examine également les onze questions complémentaires suivantes :

Les raisons pour lesquelles les OTMC ont été (ou n'ont pas été) utilisées pendant la période d'examen

- Quels facteurs influent sur la décision des clients d'utiliser ou d'accepter une OTMC?
- Quels facteurs influent sur la décision des médecins d'utiliser ou d'accepter une OTMC?
- Quels facteurs influent sur la décision des mandataires spéciaux d'utiliser ou d'accepter une OTMC?
- Quelles sont les solutions de rechange utilisées pour traiter les clients dans la collectivité?
- Quelles sont les caractéristiques des clients qui utilisent les OTMC?
- Qui délivre les OTMC?

L'efficacité des OTMC pendant la période d'examen

- Quels sont les effets des OTMC sur le mieux-être et la satisfaction des clients?
- De quels services et soutiens bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC?
- Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC?

Les méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'OTMC

- Quels résultats sont mesurés chez les clients?
- De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés?

et les deux questions suivantes :
- les mécanismes et l'efficacité des conseils en matière de droits;
- la prévalence et l'efficacité des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC.

Le processus d'examen devait également inclure des recommandations visant à améliorer les OTMC et leur évaluation et à faciliter le prochain examen.

La période visée par l'examen s'étend du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003. Nous avons également recueilli des données sur les activités relatives aux OTMC pour l'année 2004 afin de déterminer s'il est possible de dégager un schéma continu dans l'utilisation des OTMC.

Pour effectuer cet examen, nous avons adopté une démarche multidimensionnelle. Nous avons procédé simultanément à des entrevues et à des enquêtes auprès d'une vaste gamme de parties intéressées, à une étude documentaire ainsi qu'à la collecte et à l'analyse de données. Nous avons examiné les résultats, puis avons résumé nos constatations en fonction de chacune des questions obligatoires et complémentaires. Nous avons ensuite rédigé

nos conclusions et nos recommandations.

Même avant d'entreprendre l'examen, nous savions qu'un certain nombre de problèmes rendraient ardue l'évaluation de l'effet des OTMC. Par exemple, la difficulté de déterminer la personne à qui parler et la réticence de beaucoup de gens à discuter de leurs problèmes, la qualité discutable des données et les lacunes dans les données, de même que le fait que les OTMC sont une option de traitement parmi d'autres et qu'il existe de nombreuses raisons pour lesquelles elles sont utilisées, p. ex., pour avoir accès à des traitements qui ne seraient pas disponibles autrement. Malgré ces problèmes, nous croyons avoir recueilli suffisamment d'information pour appuyer nos recommandations.

1.3 Étude documentaire

La section 3.0 du présent rapport traite de l'étude documentaire. Nous avons pu trouver de nombreux articles et livres utiles, ainsi que quelques évaluations cruciales. Nous avons examiné la structure des OTMC employée dans d'autres territoires de compétence canadiens, ainsi qu'en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Écosse, en Angleterre et au pays de Galles, en Israël et aux États-Unis. Notre rapport comprend un résumé des critères utilisés par chaque territoire de compétence, leur structure et les procédures administratives, l'attribution des pouvoirs et leurs conséquences pour les patients, de même que le taux d'utilisation.

Nous désirions surtout vérifier s'il existait des données probantes découlant d'essais cliniques pour appuyer ou réfuter les avantages des OTMC comparativement à d'autres types de traitement, tout particulièrement des soins communautaires.

Nous avons mis l'accent sur les deux seuls examens détaillés des résultats de recherches portant sur l'efficacité du traitement des patients externes en cure obligatoire que nous avons pu trouver. Ces examens ont été effectués par RAND Corporation et la Collaboration Cochrane. Ces deux études se sont penchées sur les deux mêmes essais cliniques aléatoires portant sur le traitement des patients externes en cure obligatoire qui ont été menés à New York et en Caroline du Nord. Ils n'ont pu dans aucun des cas affirmer que les cures obligatoires en milieu communautaire étaient plus efficaces que l'administration de ces mêmes traitements de façon volontaire. Bref, il est nécessaire d'effectuer d'autres recherches.

Étant donné que la coercition était l'élément central des documents que nous avons étudiés, nous avons résumé le débat sur ce sujet. Le principal dilemme concerne les droits auxquels le patient doit renoncer pour recevoir des soins en milieu communautaire, lorsque l'on sait que dans la plupart des cas, il aurait pu bénéficier des mêmes avantages sans subir de contraintes. Une autre préoccupation connexe est l'effet négatif que peut avoir la coercition sur la relation entre le patient et le médecin et sur la bonne volonté du patient à recevoir des soins.

1.4 Données

La section 4.0 du présent rapport traite des données. Nous avons consulté les données recueillies par le MSSLD auprès de ses systèmes de santé mentale, d'hôpitaux publics et du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). D'autres données sur les OTMC ont été fournies par des hôpitaux et des organismes de santé mentale communautaires qui prennent en charge des clients faisant l'objet d'OTMC. Nous avons également recueilli des données au sujet des patients qui reçoivent des soins en milieu communautaire sans faire l'objet d'une OTMC et des données sur les autorisations de s'absenter d'établissements psychiatriques. Enfin, nous avons mis en ligne un site Web sur le projet et y avons affiché un questionnaire. De cette façon, quiconque s'intéresse aux OTMC pouvait répondre en ligne ou imprimer le questionnaire et nous le faire parvenir par la poste. Nous avons conçu le questionnaire après avoir effectué un nombre important d'entrevues. Il a donc servi à aborder beaucoup de questions soulevées durant les entrevues. Le MSSLD a avisé plusieurs centaines d'organismes de la mise en ligne de notre site Web et du questionnaire afin qu'ils puissent en informer leurs groupes de clients.

Nous avons tenté de dresser un portrait aussi complet que possible des OTMC en établissant des liens entre les données à l'aide des initiales, de la date de naissance et du sexe des clients. Les données brutes ont été examinées par un seul des experts-conseils et n'ont été divulguées à personne d'autre. Nous avons préservé l'anonymat des clients faisant l'objet d'OTMC et nous avons respecté les mécanismes juridiques de protection de la vie privée.

Nous avons découvert des lacunes dans les données, ainsi que des problèmes relatifs à la portée et à la qualité des données.

Les deux principaux formulaires de collecte de données sur les OTMC utilisés par le MSSLD dans ses groupes sur la santé mentale et sur le RASO ont été conçus en prévision de cet examen. Étant donné qu'ils constituent des rapports autonomes (le fait qu'ils soient envoyés ou non n'a aucune incidence), le taux de participation est inférieur à 100 pour 100. Certains médecins qui ont facturé au RASO des services liés aux OTMC ne lui ont pas transmis les formules d'information supplémentaires sur les OTMC. Certains services de délivrance et de renouvellement d'OTMC facturés au RASO n'avaient pas été consignés dans la banque de données du MSSLD, car le personnel de l'hôpital ou de l'organisme communautaire en question n'avait pas envoyé la formule exigée. On nous a également dit que certains médecins évitaient de remplir les formulaires d'OTMC en utilisant d'autres codes d'honoraires au moment de facturer le RASO. En outre, il n'existe aucune méthode normalisée de contrôle de la qualité, ni à la source, ni au sein du MSSLD.

Par ailleurs, le MSSLD recueille des données potentiellement pertinentes au moyen de rapports quotidiens condensés de recensement hospitalier (autorisations de s'absenter), des rapports de paiement à la séance des médecins et des rapports normalisés des organismes communautaires de santé mentale. Cependant, puisque les données pertinentes à l'examen des OTMC représentent une petite quantité des données du programme de rapports, le MSSLD n'exige pas que les données soient ventilées.

Outre les sources de données mentionnées précédemment, de nombreux coordonnateurs des OTMC ont été en mesure de nous fournir d'autres données, dont de l'information démographique sur les clients faisant l'objet d'OTMC qui s'est ajoutée à celle recueillie par le MSSLD, p. ex., la race, la langue, le niveau de scolarité et l'emploi.

Pour leur part, le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIFPÉP) et la Commission du consentement et de la capacité nous ont fourni d'autres données sur les OTMC.

De toutes ces données, nous avons été en mesure de tirer des portraits généraux des clients faisant l'objet d'OTMC, des soins qu'ils ont reçus et de l'utilisation des OTMC dans les diverses régions de l'Ontario. Nous avons également été en mesure de déterminer les raisons pour lesquelles les OTMC n'ont pas été utilisées dans le cas de certaines personnes. Nous avons rédigé des résumés des données et des renseignements que nous avons pu recueillir sur les renouvellements et les délivrances ultérieures d'OTMC, les autorisations de s'absenter, ainsi que le moment de la prestation de conseils en matière de droits de la tenue d'audiences de la Commission du consentement et de la capacité.

Compte tenu du petit nombre de personnes qui ont répondu au questionnaire en ligne et de la cohérence de leurs réponses avec celles des personnes rencontrées, nous avons combiné leurs réponses dans la section 5 du présent rapport.

1.5 Entrevues

La section 5.0 du présent rapport traite des entrevues. Nous avons effectué plus de 250 entrevues individuelles ou en groupe, pour un total de plus de 1 000 personnes. Parmi les personnes rencontrées, il y avait 47 clients faisant l'objet d'OTMC, 93 protecteurs et représentants des bénéficiaires, 84 membres des familles et 216 psychiatres. Nous avons également rencontré des coordonnateurs des OTMC, des représentants de diverses associations liées aux OTMC et des représentants de l'appareil judiciaire. Nous avons été impressionnés par l'attitude franche et ouverte de ces personnes.

Nous avons visité toutes les régions de l'Ontario et avons rencontré des personnes vivant dans 45 collectivités.

Les réponses que nous avons à nos questions, même au sein d'une catégorie de personnes interrogées, représentent de nombreuses opinions divergentes. Nous les avons résumées dans les sections 5.1 à 5.30 du présent rapport. Elles présentent les sentiments des clients, de leur famille et des mandataires spéciaux au sujet des OTMC et des processus employés; au sujet des préoccupations exprimées par les collectivités autochtones et multiculturelles; au sujet du point de vue des psychiatres, des coordonnateurs des OTMC, de la police et autres intervenants de l'appareil judiciaire; et au sujet des problèmes qui touchent les collectivités rurales de l'Ontario.

Les préoccupations comprennent l'utilisation de l'expression « Loi Brian »; l'ampleur des plans de traitement en milieu communautaire; le manque de contrôle de qualité et de cohérence d'une région à l'autre; le consentement volontaire, la liberté publique et le manque de solutions de rechange moins restrictives; les exigences techniques et les formalités administratives liées à la délivrance d'une OTMC; ainsi que les conseils en matière de droits et le

processus de la Commission du consentement et de la capacité.

Nous nous sommes renseignés sur les autorisations de s'absenter de l'hôpital, la planification des mises en congé et des partenariats entre les hôpitaux et les organismes communautaires; le rôle de l'éducation; la nécessité de se concentrer sur le bien-être et le logement, l'emploi et les autres appuis de la communauté; ainsi que sur l'utilisation peu fréquente des OTMC hors des établissements psychiatriques de l'annexe 1 et pour les jeunes; et nous avons pu déterminer les régions ontariennes où sont appliquées des pratiques exemplaires.

1.6 Constatations

La section 7.0 du présent rapport traite de nos constatations, que nous avons structurées selon qu'elles avaient trait à des questions obligatoires ou complémentaires.

Les raisons pour lesquelles les OTMC ont été (ou n'ont pas été) utilisées pendant la période d'examen.

Il n'existe aucune donnée sur les raisons pour lesquelles les OTMC ont été ou n'ont pas été utilisées. Cet aspect n'est pas non plus abordé dans la documentation. Nous avons donc dû nous fonder sur les entrevues pour répondre à ces questions.

Quels facteurs influent sur la décision des clients d'utiliser ou d'accepter une OTMC?

Nous avons reçu des réponses très variées à cette question.

Les raisons pour lesquelles les clients utilisent ou acceptent une OTMC comprennent le désir de ne pas retourner à l'hôpital, le soutien pour traverser les périodes difficiles; l'accès aux services; les pressions exercées par les fournisseurs de soins de santé; l'acquiescement à leur constat d''incapacité; le désir d'éviter toute hospitalisation future et la satisfaction à l'égard d'une OTMC antérieure.

Par ailleurs, les raisons pour lesquelles les clients décident de ne pas utiliser ou accepter une OTMC comprennent le manque de lucidité quant à leur situation; des préoccupations relatives à leur autonomie et à leur dignité; le mécontentement à l'égard d'un mandataire spécial et la conviction qu'ils sont prêts à passer à autre chose.

Quels facteurs influent sur la décision des médecins d'utiliser ou d'accepter une OTMC?

Les raisons pour lesquelles les médecins utilisent ou n'utilisent pas les OTMC sont complexes et interreliées, de nature philosophique ou idéologique ou tout simplement pratique. Elles varient d'un médecin à l'autre et d'un territoire de compétence à l'autre, surtout parce que les règles régissant les OTMC y varient également.

Les raisons pour lesquelles des médecins ont utilisé les OTMC comprennent la conviction à l'égard du bien-fondé et de l'efficacité des OTMC, la disponibilité des ressources organisationnelles, les pressions exercées par les membres de la famille, l'accès aux ressources, l'encouragement et le mentorat, la disponibilité et l'aide d'un coordonnateur des OTMC et le fait d'être un médecin salarié.

Les opinions contraires comprennent les préoccupations relatives au processus d'exécution, une expérience négative vécue dans le cadre du processus et des audiences de la Commission du consentement et de la capacité, l'exigence que le patient respecte les critères énoncés dans la formule 1 de la *Loi sur la santé mentale* (Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin), la perception d'un certain manque de sévérité de la Loi, p. ex., la capacité de forcer la prise de médicaments, les préoccupations quant à la complexité de la mise en œuvre d'une OTMC et à la quantité de temps qu'elle nécessite, le manque de candidats appropriés, les inquiétudes face à la responsabilité civile, la conviction que les OTMC pourraient constituer une violation des droits de leurs patients, la conviction que les OTMC sont redondantes en raison de la variété des traitements possibles, des craintes quant à la relation de confiance entre le médecin et le patient, la pénurie de ressources dans certaines parties de la province, le manque de soutien offert aux médecins en milieu communautaire, la conviction de pouvoir gagner plus d'argent en faisant autre chose, l'absence de mentorat et d'encouragement, la trop courte durée (six mois) d'une OTMC, le manque de connaissances ou d'aisance à l'égard des OTMC, l'exigence d'une hospitalisation antérieure, le manque de conviction quant à l'efficacité des OTMC, l'inertie, le refus d'être traité des clients mentalement capables, la mise en congé de clients avant la mise en œuvre d'une OTMC, l'inaccessibilité des médecins aux fins du suivi en milieu communautaire, ainsi que le fait que les OTMC ne sont pas renouvelées parfois parce que le médecin est d'avis que les avantages les plus importants ont été obtenus ou que l'OTMC précédente a échoué.

Il convient de noter que les psychiatres qui n'utilisaient pas les OTMC étaient moins enclins à nous parler que ceux qui les utilisaient. Bien que ce facteur ait clairement limité notre travail, nous croyons avoir dressé une liste assez exacte des raisons pour lesquelles les psychiatres évitent d'avoir recours à des OTMC.

Quels facteurs influent sur la décision des mandataires spéciaux d'utiliser ou d'accepter une OTMC?

Les raisons pour lesquelles les mandataires spéciaux (MS) ont consenti à l'utilisation d'une OTMC sont les suivantes : l'OTMC a été recommandée par l'équipe de soins de santé et ils ont cédé à la pression ou ils suivent habituellement les recommandations des professionnels sans poser de questions, ils étaient désespérés après des années à chercher à obtenir de l'aide, ils considéraient l'OTMC comme une façon de jouer un rôle actif et, ainsi, d'avoir de l'influence, l'OTMC était un moyen de recevoir de l'information, ils souscrivent au principe d'internement des patients externes et ils ont eu une expérience positive avec une OTMC antérieure.

Parmi leurs raisons de ne pas accepter une OTMC, citons le fait qu'ils ont refusé de se libérer pour rencontrer le conseiller en matière de droits, la conviction que les OTMC constituent un affront à la dignité du patient, leur crainte que la relation avec le patient faisant l'objet d'une OTMC; une expérience peu satisfaisante avec le système de santé mentale, ainsi que des problèmes relatifs aux conseils en matière de droits.

D'autres facteurs influent sur la décision des mandataires spéciaux, notamment les règles de prise de décision dictées dans la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, leur perception de la volonté ou de la capacité de collaboration du patient, leur volonté d'assumer la responsabilité et leur perception de la disponibilité des ressources.

Quelles sont les solutions de rechange utilisées pour traiter les clients dans la collectivité?

Les équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD) et les autres formes de gestion globale des cas en milieu communautaire constituent les solutions de rechange les plus courantes aux OTMC. Quelquefois, comme à Chatham par exemple, on n'emploie pas les OTMC en raison de la relation de travail étroite entre l'hôpital et les fournisseurs de services en milieu communautaire. Certains clients se sont retrouvés aux prises avec le système de justice pénale parce qu'ils n'ont pas reçu de soins de santé mentale en milieu communautaire ou qu'il y avait peu de communications entre le système de santé et l'appareil judiciaire.

Outre les soins en santé mentale de base, les organismes communautaires forment un éventail diversifié de services et de philosophies de service offerts aux Ontariennes et Ontariens de toutes les régions. Il existe des entreprises exploitées par des bénéficiaires et des haltes-accueil offrant le soutien par les pairs, ainsi qu'une myriade d'autres services offerts dans un environnement non menaçant et positif.

Quelles sont les caractéristiques des clients qui utilisent les OTMC?

Il n'existe pas de description type d'un client faisant l'objet d'une OTMC. On relève cependant certaines similarités et certains thèmes communs. Ils présentent tous des antécédents de maladie mentale pouvant être soignée et respectent les critères de délivrance d'une OTMC énoncés dans la *Loi sur la santé mentale*.

Un peu plus de la moitié des clients faisant l'objet d'OTMC sont des hommes et un peu moins de la moitié sont des femmes. Une petite minorité des patients sont jeunes ou âgés et environ 70 pour 100 d'entre eux ont entre 21 et 50 ans. Un pourcentage semblable de ces patients ont reçu un diagnostic de schizophrénie et environ 30 pour 100, un diagnostic de trouble schizo-affectif ou de trouble bipolaire. Très peu d'entre eux se voient diagnostiquer un autre trouble.

Les clients faisant l'objet d'OTMC sont habituellement des personnes considérées comme étant susceptibles de respecter l'OTMC, et environ la moitié seraient en mesure de consentir à leur propre traitement. Il semblerait que bon nombre de ces clients sont théoriquement aptes.

Qui délivre les OTMC?

Les OTMC sont délivrées presque exclusivement par les établissements psychiatriques de l'annexe 1. Un petit nombre de médecins de famille en milieu communautaire ont fait délivrer une OTMC, mais ces « expériences » ont été abandonnées par les médecins, qui les ont trouvées irréalisables. Certaines équipes de traitement communautaire

dynamique ont fait délivrer des OTMC dans la collectivité et les résultats se sont révélés satisfaisants, mais cette pratique ne semble pas répandue. Dans une grande mesure, cette majorité d'OTMC délivrées par des hôpitaux est attribuable à la disponibilité de l'infrastructure et des ressources.

Sur le plan géographique, l'utilisation des OTMC est répartie de façon inégale dans la province et ce, pour plusieurs raisons, notamment la préférence quant au médecin, la disponibilité des services de gestion de cas et des autres services nécessaires, la présence sur place du coordonnateur des OTMC, la qualité de la relation entre l'hôpital et les organismes de la collectivité ainsi que la participation du coordonnateur des OTMC et des représentants des organismes communautaires à la planification des mises en congé.

L'efficacité des OTMC pendant la période d'examen

Quels sont les effets des OTMC sur le mieux-être et la satisfaction des clients?

Outre le petit nombre d'études effectuées en Ontario, aucune donnée quantitative n'existe sur les problèmes liés au mieux-être et à la satisfaction des clients. Notre étude documentaire révèle que la plupart des recherches se sont penchées sur des facteurs autres que le mieux-être et la satisfaction des clients. Cependant, une étude néo-zélandaise portant sur les OTMC chez les Maoris mentionne une perception de mieux-être et de satisfaction accrus.

Il est fréquent d'entendre que les clients faisant l'objet d'OTMC ont connu une importante amélioration à un certain nombre de niveaux, y compris une certaine stabilité qui leur a permis de demeurer à l'extérieur de l'hôpital, un degré voulu de soutien et d'attention, un traitement continu durant les périodes de lucidité gravement réduites, ainsi que la capacité de trouver un logement stable, de terminer leurs études et de réintégrer la collectivité.

Les membres des familles de nombreux clients ont signalé une amélioration importante chez le client faisant l'objet d'OTMC et, par le fait même, une amélioration des problèmes familiaux entraînés par la maladie.

Par contre, certains clients et protecteurs estiment que l'amélioration pèse moins lourd que la perte d'autonomie et de contrôle. Certains médecins ont constaté peu ou pas d'avantages à utiliser une OTMC, mais ce n'était pas le cas de la majorité des médecins qui avaient utilisé une OTMC pour leurs patients.

De quels services et soutien bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC?

Les données recueillies par le MSSLD indiquent qu'une vaste gamme de services est offerte aux clients faisant l'objet d'OTMC, y compris des programmes hospitaliers de santé mentale ou de psychiatrie dispensés dans les hôpitaux aux patients externes; des services de traitement communautaire dynamique; des services de traitement de la toxicomanie; des services d'intervention en cas de crise; des services de gestion de cas, un psychiatre du secteur privé; une clinique de gestion de la pharmacothérapie; un logement avec services de soutien; des soins médicaux non psychiatriques; des services de santé mentale en milieu communautaire dispensés par l'entremise d'un organisme précis; un médecin d'une clinique d'injection ou d'injection retard; un programme de déjudiciarisation; de l'ergothérapie; du counseling; des services de psychiatrie légale; de la gestion de la colère ou de l'estime de soi; l'aide du Tuteur et curateur public ou de tout autre administrateur financier et un refuge en attendant un logement supervisé avec services de soutien.

L'utilisation de ces services dépend des besoins du client faisant l'objet d'OTMC, de la disponibilité des services dans la collectivité et de la relation entre l'hôpital ayant fait délivrer l'OTMC et les organismes communautaires de la région.

Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC?

Il n'est pas possible d'offrir une réponse définitive à cette question. Les clients faisant l'objet d'OTMC reçoivent des services de haut niveau, mais sont également assujettis à des restrictions considérables imposées par la Loi. Dans la région de Chatham, ces services sont offerts hors du cadre d'une OTMC. Il est évident que tous bénéficient de ces services, qu'ils soient offerts ou non dans le cadre d'une OTMC et de son plan de traitement en milieu communautaire. Nous sommes cependant incapables d'établir, en regard d'un client ou d'un groupe de clients, si certains des avantages d'une OTMC, le cas échéant, découlent des restrictions imposées par la loi aux clients faisant l'objet d'OTMC comparativement à ceux qui découlent des services, de la responsabilité professionnelle accrue et du degré d'organisation des professionnels se consacrant à leurs soins.

Les méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'OTMC.

Quels résultats sont mesurés chez les clients?

Le MSSLD recueille des données sur l'utilisation des services par les clients faisant l'objet d'OTMC durant les six mois précédant l'OTMC actuelle, sur les services utilisés dans le cadre de l'OTMC actuelle, sur les rapports d'un client faisant l'objet d'OTMC avec la justice dans les six mois précédant l'OTMC actuelle, sur la personne avec qui il vit et sur le type de logement dans lequel il habite. Ces facteurs peuvent influer sur les résultats d'un client.

Bien qu'une équipe de soutien surveille les progrès des clients faisant l'objet d'OTMC, il n'existe aucun moyen d'évaluer les résultats à l'échelle du système.

Quelques études locales ont tenté de mesurer les résultats des clients. Elles ont mesuré des facteurs inquantifiables, comme la satisfaction, et ont comparé entre autres choses les taux d'hospitalisation, les rapports avec la justice, le type de logement, le revenu et l'emploi, autant avant qu'après l'OTMC. Il n'est cependant pas possible d'utiliser ces données pour établir des conclusions à l'échelle de la province.

De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés?

Le MSSLD a une vision des résultats des clients qui se limite aux services qu'ils ont reçus, à leurs rapports avec la justice et à leur type de cohabitation et de logement.

On mesure habituellement les résultats des clients de façon ponctuelle, selon deux principales méthodes, la surveillance des données sur la personne, de même que l'examen du dossier et l'utilisation de questionnaires et autres outils d'enquête.

Mécanismes et efficacité des conseils en matière de droits

Le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIFPÉP) offre la grande majorité des conseils en matière de droits. Un nombre de plus en plus restreint d'hôpitaux emploient leur propre conseiller en matière de droits.

La *Loi sur la santé mentale* exige qu'un médecin émette un avis signifiant son intention de délivrer une OTMC. Cet avis donne lieu à la prestation de conseils sur les droits que la loi reconnaît à une personne. Il s'agit notamment du droit de retenir les services d'un avocat et du droit de demander une audience à la Commission du consentement et de la capacité. Les conseils en matière de droits doivent être fournis après la proposition du plan de traitement en milieu communautaire, mais avant sa signature. Le client faisant l'objet d'OTMC peut choisir de refuser tout conseil en matière de droits. On doit également offrir des conseils en matière de droits au mandataire spécial, le cas échéant. Toute personne qui les refuse ne peut devenir un mandataire spécial.

Les conseils en matière de droits relatifs aux OTMC sont habituellement fournis en personne, mais peuvent, occasionnellement, être fournis par téléphone à un mandataire spécial. Il semblerait que cette pratique soit motivée par des questions de ressource, de dotation en personnel et de logistique.

Le processus de conseils en matière de droits semble très bien fonctionner. La plupart des gens à qui nous avons parlé nous ont dit en être satisfaits. Les conseillers en matière de droit ont généralement été décrits comme des professionnels bien informés.

Certaines personnes ont tout de même exprimé quelques préoccupations dans le cadre de notre processus de consultation. Ces préoccupations sont liées à certains aspects comme un manque de collaboration avec les conseillers en matière de droit et des exigences déraisonnables à leur égard (p. ex., des demandes de conseils tard le soir); des problèmes de compréhension dans le cas de conseils fournis au téléphone; des répétitions à tous les six mois lorsqu'une OTMC est renouvelée régulièrement et la prestation de conseils en matière de droits aux représentants du Tuteur et curateur public chaque fois qu'ils agissent à titre de mandataire spécial, ainsi que certains retards dans l'obtention de conseils en matière de droits, bien que le BIFPÉP fasse de son mieux pour offrir ses conseils le plus rapidement possible avec les ressources dont il dispose.

Deux des pratiques du BIFPÉP revêtent une plus grande importance. Ce sont les suivantes :

- La politique du BIFPÉP empêche les conseillers en matière de droit d'informer les médecins ou les hôpitaux lorsqu'un patient soumet une demande d'audience à la Commission du consentement et de la capacité. Bien que le BIFPÉP croie que cette pratique est justifiée pour protéger la vie privée du patient, elle diffère des normes acceptées dans le domaine juridique. En effet, elle cause des difficultés administratives, car elle fait en sorte que le médecin et l'hôpital ne soient informés de la tenue de l'audience que quelques jours avant celle-ci. Elle crée également beaucoup de ressentiment inutile chez les professionnels de la santé.

- Le processus de conseils en matière de droits du BIFPÉP dépasse souvent le simple mandat de transmission d'information dicté par la loi et la tradition. Le BIFPÉP exige un exemplaire de la proposition de plan de traitement afin de le faire examiner par son siège principal avant de fournir des conseils en matière de droits. Le BIFPÉP soutient que cette façon de faire permet de se préparer avant d'offrir des conseils en matière de droits. Cependant, de nombreux professionnels de la santé et des services de soutien de la province nous ont indiqué que le BIFPÉP intercède souvent directement auprès des médecins lorsqu'il estime que certains éléments du plan de traitement ne sont pas acceptables. Même si le BIFPÉP nous a expliqué que cette pratique est employée pour combler une lacune et offrir une opinion non exécutoire, de nombreux coordonnateurs des OTMC et autres personnes considèrent cette opinion comme exécutoire, ce qui a une incidence sur leur décision. Il ne semble y avoir aucune autorisation légale permettant cette pratique.

Prévalence et efficacité des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC.

Puisque les données de l'Ontario sur l'utilisation des autorisations de s'absenter sont contradictoires et incomplètes, nous n'avons pas été en mesure de dresser un portrait de leur utilisation. En outre, la documentation ne fournit aucun renseignement important à ce sujet. Plusieurs territoires de compétence utilisent les autorisations de s'absenter avec ou sans condition, mais nous ne connaissons aucune étude tirant des conclusions définitives après avoir comparé l'utilisation des autorisations de s'absenter à celle des OTMC.

D'un point de vue historique, les autorisations de s'absenter ont été peu utilisées en Ontario. Elles servaient habituellement de laissez-passer de fin de semaine ou dans d'autres situations semblables. Elles ont également servi pour préparer un patient à une mise en congé dans la collectivité ou pour évaluer si un patient était apte à être mis en congé.

Les modifications apportées en juin 2000 à la *Loi sur la santé mentale* ont énormément renforcé les dispositions visant les mises en congé de deux façons importantes :

- L'exigence qu'il soit prévu « que le patient [revienne à l'établissement] » a été éliminée. Rien n'empêche donc d'utiliser une autorisation de s'absenter comme méthode de réintégration dans la collectivité ou plusieurs autorisations de s'absenter successives comme solution de rechange à une OTMC.
- Le médecin traitant et l'agent responsable du dossier peuvent maintenant accorder une autorisation de s'absenter. Le médecin traitant, par contre, ne peut le faire que si le patient doit retourner à l'établissement. Il convient également de noter que même si le médecin traitant et l'agent responsable du dossier peuvent accorder une autorisation de s'absenter, seul l'agent peut imposer des conditions à cette autorisation.

Il existe à la fois d'importantes différences et certaines similitudes entre une OTMC et une autorisation de s'absenter. Aussi il est possible d'accorder une autorisation de s'absenter à un malade en cure volontaire, facultative ou obligatoire. Cependant, elle n'est exécutable uniquement dans le cas des malades en cure obligatoire ou facultative. Dans ces cas, l'autorisation de s'absenter peut être assortie de conditions, dont le recours aux forces policières pour ramener le patient à l'établissement, de la même façon que tout autre patient qui s'en est échappé illégalement.

Le fait d'accorder une autorisation de s'absenter à un patient n'entraîne pas la visite d'un conseiller en matière de droits et n'habilite pas le patient à demander un examen à la Commission du consentement et de la capacité, bien que les malades en cure obligatoire et facultative soient admissibles à recevoir des conseillers en matière de droits et à demander une audience à la Commission du consentement et de la capacité en vertu de leur statut. Les malades en cure volontaire ne sont ni admissibles aux conseils en matière de droits ni à une audience.

Une autorisation de s'absenter n'exige pas l'élaboration d'un plan de traitement en milieu communautaire définissant le rôle des divers organismes et professionnels; elle ne constitue pas non plus un chemin d'accès au coordonnateur des OTMC, une voie rapide pour la gestion de cas ou un moyen amélioré de recevoir d'autres services communautaires.

Si l'objectif des modifications apportées en juin 2000 était de faciliter l'utilisation accrue des autorisations de s'absenter dans la province, cet objectif n'a pas été atteint. En fait, sauf quelques exceptions, les psychiatres, les administrateurs et les autres professionnels que nous avons interrogés n'étaient pas au courant de ces modifications.

Trois autres facteurs nuisent à l'utilisation des autorisations de s'absenter :

- l'exigence perçue qu'il faut réserver un lit pour un patient qui a quitté l'hôpital en vertu d'une autorisation de s'absenter;
- la croyance répandue que les personnes libérées en vertu d'une autorisation de s'absenter ne sont pas admissibles à un soutien du revenu au titre du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), même si la politique gouvernementale indique clairement que les patients qui se trouvent dans la collectivité après avoir reçu une autorisation de s'absenter en vertu de la *Loi sur la santé mentale* ne peuvent se voir refuser des prestations au titre du POSPH pour cette raison;
- la conviction de certains professionnels que l'utilisation d'une autorisation de s'absenter pourrait entraîner une responsabilité civile accrue.

1.7 Recommandations

En faisant un retour sur ce que nous avons lu et entendu, nous avons conclu que les OTMC ont aidé beaucoup de gens, malgré les problèmes et les inquiétudes qui doivent être réglés. En revanche, nous avons appris que certaines OTMC ont été mises en œuvre d'une façon qui ne respecte pas l'esprit, et même la lettre, de la loi. Notre défi consistait à formuler des recommandations permettant d'améliorer l'utilisation des OTMC et, en même temps, d'assurer l'utilisation des traitements de rechange lorsque ceux-ci sont plus appropriés.

La section 8.3 du présent rapport contient nos recommandations. Nous les avons divisées en cinq parties. Nos recommandations touchent :

- les changements qui pourraient être apportés par des moyens administratifs ou grâce à des modifications à la réglementation;
- la recherche;
- les changements à envisager la prochaine fois que la *Loi sur la santé mentale* sera modifiée;
- les conseils en matière de droits et les autorisations de s'absenter;
- le prochain examen.

Chacune de nos recommandations contribuera à améliorer l'utilisation et la gestion des OTMC ou la qualité de vie des clients faisant l'objet d'OTMC. Cependant, nous avons cerné les cinq problèmes suivants comme étant prioritaires :

- la coercition légale et la recherche;
- l'exécution;
- le rôle des coordonnateurs des OTMC;
- les données;
- la portée du prochain examen.

Coercition légale et recherche

Bien qu'en théorie, une personne entreprenne une OTMC de façon volontaire, une fois la démarche amorcée, elle est considérée comme un traitement obligatoire. Cette démarche exige que le client faisant l'objet d'une OTMC suive fidèlement le plan de traitement en milieu communautaire, faute de quoi, des policiers le ramèneront au médecin désigné, en vertu du processus indiqué dans la formule 47. Dans certains cas, des personnes sont contraintes, directement ou indirectement, à suivre une OTMC.

Fait intéressant, la responsabilité de la conformité aux conditions du plan de traitement en milieu communautaire repose entièrement sur les épaules du client faisant l'objet d'OTMC. Même si la loi exige que les fournisseurs de services soient responsables de la mise en œuvre du plan de traitement en milieu communautaire et de la prestation des services convenus, il n'existe aucune conséquence réelle en cas de non respect de l'entente.

Cependant, ce caractère unilatéral et la diminution de l'autonomie peuvent se justifier dans le cas où une OTMC est nécessaire pour obtenir les résultats voulus, si les probabilités de succès sont élevées et s'il n'existe aucune solution de rechange viable autre que l'hospitalisation.

Par ailleurs, l'expérience vécue à Chatham nous a appris qu'il est possible d'éviter les OTMC (peut-être pas dans le cas de tous les patients de l'Ontario, par contre) grâce à une collaboration étroite entre les professionnels de la santé, des services sociaux et d'autres domaines qui œuvrent en milieu hospitalier et communautaire. Ce type de collaboration étroite existe également dans les régions de Niagara et de Sault Ste. Marie, bien qu'on y ait toujours recours à des OTMC.

Il se crée ainsi un dilemme qui ne présente pas de solution évidente à l'heure actuelle. La documentation étudiée et la recherche effectuée jusqu'à présent indiquent que personne n'a pu établir si les avantages inhérents aux OTMC sont attribuables à la coercition, à la prestation de services de soutien communautaires dynamiques à grande portée, à ces deux facteurs ou à un autre facteur; ou encore si la coercition est un élément nécessaire de l'OTMC de certaines personnes et ne l'est pas pour d'autres et, le cas échéant, comment identifier les personnes qui bénéficieraient de l'élément coercitif dans leur OTMC. Nous avons conclu qu'il s'agit d'une question importante qui nécessite d'être explorée plus en profondeur.

Exécution

L'exécution des OTMC est un point qui a été soulevé dans pratiquement toutes nos rencontres avec des professionnels de la santé, des professionnels de la relation thérapeutique et des représentants des forces policières. Ils considèrent que les mécanismes d'exécution comportent de profondes failles.

Le mécanisme d'exécution prévoit l'appréhension des clients faisant l'objet d'OTMC qui sont soupçonnés de ne pas suivre l'ordonnance, p. ex., qui ne se sont pas présentés à un rendez-vous ou n'ont pas respecté le plan de traitement en milieu communautaire. Le médecin remplit la formule 47, qui confère aux policiers l'autorité nécessaire pour appréhender le client faisant l'objet d'une OTMC et de le ramener au médecin qui a signé l'ordonnance. Le médecin doit alors examiner la personne afin de déterminer s'il y a lieu de remplir une formule 1, de faire délivrer une nouvelle OTMC ou de libérer la personne sans OTMC.

Les professionnels se sont plaints de ce qu'on leur a dit que la formule 47 met automatiquement fin à l'OTMC (et que la Commission du consentement et de la capacité a rendu des décisions en ce sens). Dans ce cas, les options sont de délivrer une nouvelle OTMC, de détenir la personne en vertu de l'autorité que confère la formule 1 ou de libérer la personne dans la collectivité. Par conséquent, certains médecins croient que les OTMC ne sont pas suffisamment sévères, ce qui incite bon nombre d'entre eux à ne pas utiliser les OTMC, à trouver d'autres méthodes d'appréhension, comme la formule 1, ou à libérer les patients dans la collectivité sans OTMC plutôt que de recommencer le processus de délivrance d'une OTMC après avoir appréhendé le patient en vertu d'une formule 47. Certains craignent également que le fait de leur ramener le patient crée un degré de responsabilité personnelle inutile qui pourrait nuire à leur capacité de diriger leurs activités professionnelles et de prendre des congés, accroître le degré de risque de responsabilité auquel ils font face et causer des problèmes si le client a déménagé dans une autre région.

Une minorité des professionnels que nous avons rencontrés croient que la loi devrait leur permettre d'imposer le traitement dans les cas d'inobservation, soit sur place, soit à l'hôpital, sinon les OTMC n'ont aucune signification. Certains croient également qu'il serait nécessaire de mettre en place une OTMC de 2^{e} niveau pour traiter les personnes gravement malades, qui n'ont aucune capacité d'introspection et qui n'ont pas la capacité ou la volonté de se soumettre au plan de traitement. Cependant, un grand nombre de professionnels nous ont dit que le fait d'imposer un traitement dans le cadre d'une OTMC aliénerait leurs clients, constituerait une intrusion injustifiée dans l'autonomie de ces personnes et irait totalement à l'encontre du but recherché, qui est d'établir une relation de confiance avec le client.

Les représentants des forces policières ont, quant à eux, exprimé des inquiétudes de nature pratique à propos du processus d'exécution. Ils sont parfois hésitants à transporter un client faisant l'objet d'OTMC sur une longue distance ou à l'emmener consulter un médecin en particulier au lieu de le conduire à l'hôpital le plus proche. Diverses dispositions ont donc été prises : remettre le client aux représentants des forces policières à la frontière de leur territoire de compétence; faire appel à des policiers en repos qui seraient payés pour effectuer une appréhension en vertu de la formule 47 aux frais de l'hôpital qui en a fait la demande ou emmener le client faisant l'objet d'OTMC au service des urgences de l'hôpital le plus proche au lieu de l'hôpital désigné dans la formule 47. Certains policiers ont exprimé leurs préoccupations à l'égard des longues périodes qu'ils doivent souvent passer à l'hôpital après avoir appréhendé un client faisant l'objet d'OTMC en vertu d'une formule 47, à attendre que le personnel de l'hôpital prenne officiellement la garde de la personne. Ils étaient également préoccupés par le manque d'autorité

explicite dont disposent les policiers pour entrer dans le domicile de la personne ou dans tout autre endroit au moment d'une appréhension en vertu de la formule 47.

Par ailleurs, on croit qu'avec l'aide d'une OTMC, de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale grave pourraient être déjudiciarisées et transférées dans le système de santé mentale mais ne le sont pas.

On constate, évidemment, des divergences d'opinions quant à l'importance d'un grand nombre de ces problèmes; certaines personnes croient qu'une exécution musclée est essentielle au processus des OTMC et que le succès des OTMC dépend directement des forces et des faiblesses du mécanisme d'exécution.

Le fait de modifier la loi pour indiquer clairement que l'OTMC se poursuit après une appréhension en vertu d'une formule 47, à moins que le médecin n'ait modifié le plan de traitement en milieu communautaire, apporterait la clarté nécessaire et simplifierait l'administration des OTMC, permettrait la continuité des soins du client faisant l'objet d'OTMC et maintiendrait le droit de ce dernier de demander une audience auprès de la Commission du consentement et de la capacité ou simplement de retirer son consentement à l'OTMC s'il n'est pas convaincu de sa nécessité. De même, il faudrait envisager de permettre aux agents de police d'emmener un client faisant l'objet d'OTMC au médecin responsable ou nommé, ou encore à l'établissement de l'annexe I le plus proche, qui pourrait ensuite assurer la liaison avec le médecin responsable ou désigné.

Rôle des coordonnateurs des OTMC

Le processus des OTMC repose sur beaucoup de formalités administratives, est inutilement compliqué et est parfois difficile à comprendre. En outre, on doit soumettre une variété de rapports de données à diverses divisions du MSSLD, des données qui ne semblent apporter aucune valeur ajoutée aux activités quotidiennes. Il en résulte donc les conséquences suivantes :

- les médecins perdent un temps précieux à soumettre des formules;
- certains médecins ont tout simplement cessé d'utiliser les OTMC, même lorsqu'elles seraient indiquées;
- la durée du séjour de certains patients internes a été prolongée, entraînant ainsi des dépenses supplémentaires importantes et des inconvénients;
- il existe des problèmes sur le plan de la qualité des données.

Les coordonnateurs des OTMC qui constituent le point tournant du processus des OTMC, ont démontré qu'ils sont une ressource indispensable à toutes les étapes de ce processus. Ils fournissent de l'information sur le processus, le coordonnent et facilitent son déroulement. Ils apportent une aide essentielle aux médecins et sont l'intermédiaire essentiel entre les clients, les familles, les hôpitaux et les organismes communautaires. Bon nombre d'entre eux ont acquis une grande compétence clinique et juridique en ce qui a trait aux OTMC.

Nous croyons qu'ils ne sont pas sollicités dans leur pleine mesure. En modifiant leur rôle, en confiant aux coordonnateurs des OTMC le contrôle de la qualité, la cohérence et la conformité et en leur faisant appliquer des pratiques exemplaires, le MSSLD peut apporter des améliorations nécessaires au processus des OTMC.

Nous croyons que pour faciliter le processus de mise en congé et la collaboration entre les hôpitaux et les organismes communautaires, les coordonnateurs des OTMC devraient être postés dans les hôpitaux, mais être employés par une entité communautaire compétente. Ils pourraient ainsi jouer un rôle de contrôleur de la qualité sans lien de dépendance, agir à titre de personnes-ressources communautaires et apporter un point de vue communautaire élargi à leur travail.

Voici quelques-unes de nos recommandations à ce sujet :

L'établissement d'une fonction de facilitation générale des coordonnateurs des OTMC et l'octroi d'un financement par le MSSLD afin de financer leur formation continue, de relever et promouvoir les pratiques exemplaires, de recueillir des données fiables sur l'utilisation et l'efficacité des OTMC, de fournir aux coordonnateurs des conseils juridiques sommaires et une orientation juridique et de définir le rôle et les qualifications des coordonnateurs.

Les coordonnateurs des OTMC devraient être postés dans les hôpitaux, mais à l'emploi d'une entité communautaire compétente.

Ils devraient être désignés par un règlement comme des personnes habilitées à examiner les ordonnances de traitement en milieu communautaire pour s'assurer de leur conformité avec la Loi. Ils pourraient se voir attribuer la tâche de vérifier et de consigner, en ce qui a trait aux OTMC, si les conditions ont été respectées et si les pratiques exemplaires ont été suivies (p. ex., si des options moins contraignantes pour le client ont été envisagées et si le plan de traitement en milieu communautaire comprend des initiatives visant à améliorer le bien-être du client).

Il faudrait également envisager de nommer un certain nombre d'autochtones aux postes de coordonnateurs des OTMC, dans le Nord-Ouest de l'Ontario et dans d'autres régions choisies de la province. Ces coordonnateurs devraient travailler de concert avec les coordonnateurs en poste.

Nous croyons également que les coordonnateurs des OTMC devraient avoir un rôle à jouer dans toutes les autorisations de s'absenter des établissements de l'annexe 1 d'une durée de plus de 14 jours afin d'assurer une bonne planification des dispositions de ces absences et d'avoir des attentes raisonnables de résultats positifs.

Données

Les données fiables sont essentielles à la tenue d'un examen périodique comme le présent examen. Elles sont encore plus importantes pour la planification du programme et la surveillance des activités quotidiennes. Les principales sources de données du MSSLD à propos des OTMC étaient supposées être la *fiche de rapport d'ordonnance de traitement en milieu communautaire* du RASO et la *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire* du MSSLD. Les autres systèmes ministériels recueillant des données qui pourraient servir dans le cadre d'un examen du programme d'OTMC n'obtiennent pas des données suffisamment détaillées. Les données recueillies par chacun des praticiennes et praticiens et des organismes sont définies localement et ne sont donc pas uniformes. En outre, elles ne sont pas conservées dans un format facilement transférable au MSSLD et ne peuvent conséquemment fournir un portrait complet des OTMC.

Nous avons constaté que le programme d'OTMC présente les problèmes suivants : une mauvaise définition des exigences en matière de données, la fragmentation des sources de données, l'utilisation minimale ou nulle des données recueillies, ce qui donne des données d'une qualité sous-optimale; un manque de mesures incitatives et dissuasives en ce qui a trait à l'exhaustivité et à l'exactitude des données, ainsi qu'à leur transmission opportune au MSSLD ainsi que des inquiétudes au sujet du respect de la vie privée. Il faudrait régler ces problèmes avant la tenue du prochain examen.

Les types de données recueillies sur les clients faisant l'objet d'OTMC doivent appuyer la recherche recommandée ainsi que les besoins du prochain examen. Les données recueillies par la Community Mental Health Evaluation Initiative et les données du rapport sur l'Ensemble d'outils de mesure évaluant les résultats de la réadaptation psychosociale peuvent constituer d'excellents points de départ pour une discussion. Elles offrent des renseignements de base sur le sexe, l'âge, la scolarité, l'état civil, l'emploi, le bénévolat et les finances, la santé, la maladie et l'utilisation des services de santé et des médicaments, le type et les conditions de logement, les rapports avec la justice, etc. Elles renseignent sur l'intégration dans la collectivité, la participation aux services communautaires et aux programmes de soutien, le soutien social, la qualité de vie, les sentiments concernant la responsabilisation et les capacités d'adaptation et ainsi de suite. Lorsque des données sont recueillies pendant une longue période, elles deviennent essentielles pour assurer le suivi des changements qui se produisent en ce qui a trait à la participation des personnes, à la planification des programmes et à la recherche sur les programmes.

Nous recommandons de renforcer le rôle des coordonnateurs des OTMC. Si cette recommandation est mise en œuvre, les coordonnateurs des OTMC deviendraient les gardiens et les coordonnateurs des données sur les OTMC. Ce rôle serait accru si le MSSLD leur fournissait sur place le matériel et les logiciels leur permettant de tenir leurs dossiers d'OTMC à jour, de modifier et de compiler les données nécessaires et de les transmettre par voie

électronique au MSSLD, et de produire des rapports qui seraient à la fois utiles et intéressants pour les médecins et les autres intervenants participant à la délivrance des OTMC ou offrant des soins dans le cadre d'une OTMC, ainsi qu'aux fins de la planification et de la surveillance générales du programme d'OTMC.

Portée du prochain examen

Comme il a déjà été mentionné, le présent examen a une portée étroite et se concentre sur les OTMC, les autorisations de s'absenter et la prestation de conseils connexes en matière de droits. Cependant, étant donné que les OTMC ne sont qu'un seul des nombreux types de traitements mis à la disposition des praticiennes et praticiens des soins de santé, cette portée limitée ne permet pas d'explorer la place appropriée des OTMC dans l'univers des soins de santé mentale en milieu communautaire.

Non seulement un examen de portée plus large donnerait-il des résultats plus significatifs, mais il permettrait au MSSLD de répondre à de nombreuses questions qui sont communes aux OTMC et aux autres traitements dispensés en milieu communautaire. Par exemple, l'utilisation relative des ressources hospitalières et communautaires, l'utilisation des divers types de ressources communautaires et la raison de leur utilisation, la capacité de fonctionner dans la collectivité, les soins dispensés aux personnes après une OTMC, le rôle joué par les ressources et leurs organismes plutôt que par le caractère coercitif des OTMC, les bons et mauvais candidats à une OTMC et la valeur des OTMC par rapport aux coûts qu'elles entraînent.

2.0 Contexte

2.1 Le système de santé mentale

Le système de santé mentale de l'Ontario relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et ses origines remontent à 1850, à l'ouverture du premier asile permanent à Toronto. Durant les 100 années suivantes, d'autres hôpitaux psychiatriques d'État ont été ouverts dans toutes les régions de l'Ontario.

À partir des années 1960, à la suite de l'arrivée des psychotropes qui permettaient de réduire ou de maîtriser les symptômes, les hôpitaux psychiatriques ont commencé à mettre en congé un grand nombre de patients. Beaucoup d'entre eux sont déménagés dans des maisons de soins infirmiers ou dans des foyers-résidences approuvés par la loi pour accueillir les patients psychiatriques ayant reçu leur congé, dans des maisons de chambres ou d'autres logements communautaires ou chez des parents ou des amis qui ont pris soin d'eux. Certains sont devenus sans abris. Comme solution de rechange aux hôpitaux psychiatriques provinciaux, un réseau d'hôpitaux communautaires dotés d'unités psychiatriques, d'hôpitaux privés et d'autres services communautaires s'est formé.

Même si les gens parlent couramment des services de santé mentale de l'Ontario comme d'un « système », ce n'en est pas un. Comme l'indique le diagramme suivant, le système de santé mentale est complexe. Il comporte deux principaux volets : d'une part, l'emplacement, les besoins de soins et la situation personnelle du patient et d'autre part, le contexte du traitement ou des soins.

1. Exemples de la diversité des différents contextes du programme

2. Patients / clients	Malade hospitalisé	Malade externe	Autorisation de s'absenter de l'hôpital	Traitement communautaire en vertu d'une OTMC	Équipe de traitement communautaire dynamique	Programmes communautaires de santé mentale	Bureau du médecin ou tout autre environnement communautaire	Programmes de service social	Soins officieux (famille ou amis)	Aucun soin officiel
Vivant dans la collectivité, ne recevant aucun soin										
Vivant dans la collectivité, recevant des soins										
Malade en cure volontaire dans un hôpital										
Malade en cure obligatoire dans un hôpital										
Malade en cure obligatoire dans un hôpital détenu par la justice ou le système correctionnel (et, peut-être, le système de santé mentale)										
à l'hôpital ou dans la collectivité, tel qu'ordonné par la Commission ontarienne d'examen										

Il faut ajouter à cela le fait que le système de soins de santé au sein duquel les services de santé mentale sont dispensés est encore plus complexe. Par exemple :

Le traitement et les soins connexes d'une personne sont déterminés et les services sont fournis par :

- la personne elle-même;
- une autre personne à l'extérieur du système;
- des professionnels, y compris des équipes.

Les services peuvent être fournis dans une grande variété :
- d'établissements;
- d'autres environnements.

Les services fournis :
- ont une portée limitée;
- ont une grande portée.

Ils sont offerts par l'entremise de programmes :
- officiels;
- officieux.

Les programmes sont régis par :
- divers ministères et diverses mesures législatives des gouvernements fédéral et provincial;
- des règlements municipaux;
- des ordres professionnels;
- des conseils d'administration bénévoles.

Ils peuvent évoluer selon :
- l'attitude du public et des professionnels;
- les lois;
- les lignes directrices;
- les énoncés de pratiques exemplaires;
- les résultats de recherches;
- les efforts de marketing des fournisseurs de produits et de services liés aux soins de santé.

Il est donc facile de constater que les ordonnances de traitement en milieu communautaire ne sont qu'un traitement parmi beaucoup d'autres. C'est en fonction d'un ou de plusieurs facteurs d'une série d'interrelations complexes qu'on choisit ou non cette option.

Par ailleurs, deux personnes vivant dans la même collectivité et ayant exactement les mêmes besoins peuvent recevoir des soins différents dans un contexte différent. Ce phénomène s'explique notamment par la disponibilité ou la non disponibilité de programmes régionaux ou leur inaccessibilité d'accès à ces programmes par la décision d'un fournisseur de soins de santé, d'une autre personne soignante, de la personne atteinte ou un tiers d'opter pour un traitement conventionnel ou un traitement spécial, ou parfois par d'autres facteurs qui entrent en jeu.

2.2 Mesures législatives

En l'an 2000, le projet de loi 68 est devenu une loi. Il a modifié la *Loi sur la santé mentale* et la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. La forme courte du nom de la loi est *Loi Brian 2000 (Réforme législative de la santé mentale)*, nommée ainsi en l'honneur de Brian Smith, un commentateur sportif d'Ottawa abattu par une personne qui avait reçu un diagnostic de schizophrénie. Bien que cette loi ait été, au départ, motivée par cet acte de violence, son effet concret a été d'accroître la gamme des options de traitement en milieu communautaire.

La loi et les formules connexes sont accessibles en ligne sur les sites http://www.e-laws.gov.on.ca et http://www.forms.ssb.gov.on.ca.

2.3 Processus d'OTMC imposés par la loi

Pour faciliter la compréhension générale du processus d'OTMC de l'Ontario, le tableau suivant fournit un aperçu des diverses étapes qui font partie des exigences de la Loi. Ce tableau ne comprend pas tous les détails des dispositions législatives. Pour bien comprendre tous les aspects des OTMC, il faut donc étudier les lois et les décisions judiciaires pertinentes.

Tableau 1 : Aperçu du processus d'OTMC imposé par la loi

Étape	Description
1	Un travailleur de la santé ou une autre personne croit qu'un particulier pourrait bénéficier d'une OTMC.
2	Seul un psychiatre, un médecin qui œuvre dans le domaine de la santé mentale ou un médecin employé par un établissement psychiatrique peut délivrer ou renouveler une OTMC.
3	Le médecin doit établir que, au cours des trois dernières années, le particulier a été un patient d'un établissement psychiatrique à au moins deux occasions ou pendant au moins 30 jours en tout ou qu'il a fait l'objet d'une OTMC.
4	Le médecin doit élaborer un plan de traitement en milieu communautaire en consultant les praticiens en soins de santé ou toute autre personne qui sera désignée dans le plan de traitement en milieu communautaire (le particulier ou son mandataire spécial, les médecins et tout autre praticien de la santé ou toute personne participant au traitement, aux soins ou à la supervision du particulier).
5	Le médecin doit examiner le particulier dans les 72 heures avant d'indiquer dans le plan de traitement en milieu communautaire : • le besoin de soins en vertu du plan et la disponibilité des services; • la probabilité de fidélité au traitement; • si le particulier n'est pas actuellement un patient d'un établissement psychiatrique, s'il risque d'infliger des lésions corporelles graves ou de subir une détérioration ou un affaiblissement physique grave.
6	Le médecin remplit la formule 49 *Avis d'intention de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire* et en remet une copie au particulier et, le cas échéant, à son mandataire spécial. Le médecin informe le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (ou le conseiller en matière de droits de l'hôpital de la région). La formule comprend les déclarations nécessaires en regard des critères de délivrance d'une OTMC, de même qu'un avis d'admissibilité à des conseils en matière de droits et le droit de retenir les services d'un avocat à propos de l'OTMC. Il doit y joindre le plan de traitement en milieu communautaire proposé.
7	Un conseiller en matière de droits communique avec le particulier et son mandataire spécial (le cas échéant). Les conseils en matière de droits sont offerts au particulier, qui peut les accepter ou les refuser, ainsi qu'au mandataire spécial (le cas échéant) et une formule 50 *Confirmation de conseils sur les droits* est remplie.
8	Si le médecin désire poursuivre le processus en délivrant l'OTMC, il doit remplir une formule 45 *Ordonnance de traitement en milieu communautaire*. La formule comprend également le consentement du particulier ou de son mandataire spécial, le cas échéant. La formule est remise au particulier et à son mandataire spécial, à l'agent responsable du dossier, si un établissement psychiatrique participe au plan, et à tout autre praticien de la santé ou à toute autre personne nommée dans le plan de traitement en milieu communautaire.
9	On doit remettre la formule 46 *Avis de prise ou de renouvellement d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire* afin de l'aviser qu'il a le droit de demander une audience devant la Commission du consentement et de la capacité en vue de vérifier si les critères imposés par la loi pour délivrer ou renouveler une OTMC ont été respectés et lui indiquer qu'il peut retenir les services d'un avocat à propos de l'OTMC en tout temps après sa délivrance ou son renouvellement.
10	Si le particulier ou un mandataire désire demander une audience devant la Commission du consentement et de la capacité, il doit remplir la partie 1 de la formule 48 *Demande d'enquête sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire présentée à la commission (art. 39.1 (1)) et avis du médecin concernant le besoin de prévoir un examen obligatoire de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (art. 39.1 (4))*.

Étape	Description
11	La Commission du consentement et de la capacité tient une audience afin de déterminer si les critères de délivrance ou de renouvellement de l'OTMC avaient été respectés au moment de l'audience. En vertu de la *Loi sur la santé mentale*, lorsqu'une OTMC est renouvelée pour la deuxième fois et à tous les deux renouvellements ultérieurs, une demande sera présumée avoir été présentée par le particulier assujetti au renouvellement de l'OTMC à la Commission du consentement et de la capacité. Le médecin doit remplir la partie 2 de la formule 48. Ce processus ne s'applique pas aux OTMC renouvelées. La Commission rend sa décision dans un format normalisé.
12	Une OTMC peut être en vigueur pour une durée maximale de six mois. Une fois cette période écoulée, elle échoit et peut être renouvelée dans le mois suivant la date d'échéance. Dans la pratique, si une OTMC arrive à échéance et n'est pas renouvelée, le MSSLD classe la nouvelle OTMC comme une délivrance ultérieure, à des fins statistiques.
13	Si le particulier ne respecte pas son OTMC des façons suivantes : • il ne se présente pas à un rendez-vous; • il ne suit pas le traitement tel qu'il est indiqué dans le plan de traitement en milieu communautaire; • il ne permet pas à un médecin de l'examiner dans les 72 heures suivant le retrait de son consentement au plan de traitement en milieu communautaire, et que le médecin a une raison valable de croire que les critères de délivrance d'une OTMC s'appliquent toujours et que les critères permettant de remplir une formule 1 *Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin* s'appliquent, le médecin remplit une formule 47 *Ordonnance d'examen*. La formule 47 est en vigueur pendant 30 jours et fournit à un agent de police l'autorité nécessaire pour appréhender le particulier et l'emmener voir le médecin qui a signé la formule 47.
14	Après avoir examiné le particulier, le médecin peut : • demander son évaluation psychiatrique; • délivrer une autre OTMC; • relâcher le particulier sans l'assujettir à une OTMC.

2.4 L'étude

2.4.1 Les questions

Au départ, la portée de cette étude était définie par la Loi qui exige sa réalisation. L'article 33.9 de la *Loi sur la santé mentale* exige que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée mette en place un processus d'examen portant sur trois éléments. Au moment d'entreprendre l'examen, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée nous a demandé de répondre à un certain nombre de questions complémentaires, indiquées sous les trois éléments exigés par la Loi :

1. Les raisons pour lesquelles les OTMC ont été ou n'ont pas été utilisées pendant la période d'examen
   Quels facteurs influent sur la décision des clients d'utiliser ou d'accepter une OTMC?
   Quels facteurs influent sur la décision des médecins d'utiliser ou d'accepter une OTMC?
   Quels facteurs influent sur la décision des mandataires spéciaux d'utiliser ou d'accepter une OTMC?
   Quelles sont les solutions de rechange utilisées pour traiter les clients dans la collectivité?
   Quelles sont les caractéristiques des clients qui utilisent les OTMC?
   Qui délivre les OTMC?

2. L'efficacité des OTMC pendant la période d'examen
   Quels sont les effets des OTMC sur le mieux-être et la satisfaction des clients?
   De quels services et de quels soutiens bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC?
   Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC?

3. Les méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'OTMC.
   Quels résultats sont mesurés chez les clients?
   De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés?
   En outre, le ministère nous a demandé de nous pencher sur les deux points suivants :

4. les mécanismes et efficacité des conseils en matière de droits;

5. la prévalence et l'efficacité des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC.

   Nous avons également entrepris de fournir les extraits suivants :

6. des recommandations qui sont clairement liées aux principales constatations et qui concernent des occasions d'améliorer les OTMC et d'accroître les moyens de surveiller et d'évaluer l'initiative des OTMC (tout particulièrement en comparaison avec d'autres démarches de traitement ou de soins).

7. des recommandations relatives à la méthodologie, aux données et à d'autres renseignements visant à améliorer l'exhaustivité et l'efficacité du prochain examen du programme d'OTMC.

L'examen devait couvrir la période du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003. Cependant, nous avons entrepris de recueillir et d'examiner des données sur les activités relatives aux OTMC de l'année 2004 afin de déterminer s'il existe un schéma continu dans l'utilisation des OTMC.

2.4.2 Méthodologie d'examen

Dreezer & Dreezer Inc. a opté pour une démarche multidimensionnelle pour recueillir de l'information et des données pertinentes aux fins de l'examen. Cette démarche comprend une étude documentaire, la collecte de données quantitatives, l'utilisation d'un questionnaire en ligne et des entretiens avec des clients faisant l'objet d'OTMC, des membres de leurs familles, des amis, des mandataires spéciaux, des professionnels de la santé, des organismes de soutien et de service, des organismes d'application de la loi et d'autres parties intéressées.

2.4.2.1 L'étude documentaire

L'étude documentaire offre un résumé des publications produites par des chercheurs réputés qui sont pertinentes pour l'évaluation des OTMC. L'objectif de cette étude est d'offrir un aperçu de la documentation importante publiée sur le sujet. Nous avons également inclus un aperçu du schéma législatif d'un certain nombre de territoires de compétence et avons discuté de la documentation pertinente.

L'étude documentaire a permis de décrire et d'évaluer notre base de connaissances. Elle avait pour but 1) de trouver un ensemble d'articles et de livres utiles, 2) de nous permettre de relever les études impartiales et viables et 3) de nous informer sur la démarche à adopter pour exécuter l'ensemble du projet. Dans la mesure du possible, nous nous sommes fondés sur des études documentaires existantes. Nous nous sommes concentrés sur les enjeux pertinents à la situation de l'Ontario.

2.4.2.2 Les données quantitatives

Les données relatives aux OTMC sont recueillies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) par l'intermédiaire de ses secteurs de programme de santé mentale et d'hôpitaux publics et par l'entremise du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (RASO), de même que par la Commission du consentement et de la capacité, le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques et divers fournisseurs de service, y compris les coordonnateurs des OTMC. Nous avions espéré pouvoir établir des liens entre ces diverses sources de données, ce qui nous aurait permis de dresser un portrait complet de l'utilisation des OTMC.

Cependant, en raison de la fragmentation des données causée par :
- la conservation des données au sein de divers organismes et de diverses divisions du MSSLD;
- l'absence d'exigences de normalisation des données et des dossiers,

notre base de données n'est pas complète. Malgré ce problème, les données recueillies, tout particulièrement celles entre lesquelles nous avons pu établir des liens, offrent de l'information utile sur les activités liées aux OTMC et aux

clients qui en font l'objet. Elles nous ont également permis de relever les problèmes concernant la qualité et la soumission des données.

2.4.2.3 Entretiens avec des clients d'OTMC, des membres de leur famille, des amis, des mandataires spéciaux, des professionnels des soins de santé, des organismes de soutien et de services, des organismes chargés de l'application de la loi, etc.

Dans le cadre de l'examen, nous avons visité toutes les régions de l'Ontario afin de rencontrer les personnes ayant une expertise pertinente et de les écouter. Notre liste de spécialistes consultés inclut des psychiatres et d'autres professionnels de la santé et personnes soignantes: des clients faisant l'objet d'OTMC; d'autres bénéficiaires et leurs protecteurs; des membres de leur famille et leurs protecteurs; des fonctionnaires gouvernementaux, ainsi que des juges, des avocats, des agents de libération conditionnelle et d'autres membres des appareils législatif et judiciaire.

2.4.2.4 Limites

Dès le début de l'examen, il était évident qu'un certain nombre de réalités pourraient fausser les données ou l'information et ainsi rendre plus difficile l'évaluation de l'effet réel des OTMC. Voici quelques-unes de ces réalités :

- certaines personnes vulnérables éprouvent un malaise ou de la réticence à discuter de leurs problèmes de soins de santé avec des gens perçus comme étant en position d'autorité;
- il est relativement difficile de mobiliser des professionnels, des clients et des familles qui ne participent pas à des OTMC;
- il est difficile de distinguer l'effet d'une OTMC de l'effet des ressources fournies dans le cadre de l'OTMC;
- certaines personnes acceptent ou utilisent une OTMC uniquement dans le but d'avoir accès aux ressources;
- certaines personnes ne font pas l'objet d'une OTMC parce qu'elles ont accès à des ressources suffisantes, même si elles sont admissibles à une OTMC;
- certaines personnes peuvent avoir accès aux ressources adéquates et utiliser tout de même une OTMC;
- les données et les sources d'information sont incomplètes, incompatibles ou peu fiables.

Bien que nous ayons fait de notre mieux pour assurer l'exactitude des données et de l'information que nous avons utilisées pour tirer nos conclusions et formuler nos recommandations, nous sommes conscients de ces faiblesses. C'est pourquoi nous avons suggéré des façons d'améliorer la qualité des données et des sources d'information, ainsi que la méthodologie utilisée pour le prochain examen.

3.0 Étude documentaire

L'étude documentaire offre un résumé précis des publications produites par des chercheurs qui sont pertinentes pour l'évaluation des OTMC. L'objectif de l'étude documentaire est d'offrir un aperçu de la documentation importante publiée sur le sujet qui peut nous aider à répondre aux questions énoncées dans la Loi et aux autres questions faisant partie du présent examen.

L'étude documentaire sert à 1) trouver un ensemble d'articles et de livres utiles 2) relever les évaluations cruciales effectuées à l'aide d'études impartiales et validées 3) établir la démarche à adopter durant tout le projet. Dans la mesure du possible, nous nous sommes fondés sur des études documentaires existantes. Nous nous sommes également concentrés sur les enjeux pertinents à la situation de l'Ontario.

Nous avons divisé l'étude documentaire en quatre sections principales.

- La première section se penche sur la scène internationale et présente un aperçu de la structure des programmes de traitement obligatoire en milieu communautaire dans un certain nombre de pays. Nous avons saisi l'occasion pour mettre en évidence certains des documents de différents territoires de compétence.
- La deuxième section traite des Canadiens, encore une fois en tenant compte de la structure des programmes de traitement communautaire et de certains documents pertinents.
- La troisième section est consacrée à une discussion sur les deux principaux examens des données probantes d'essais cliniques portant sur les programmes de traitement obligatoire en milieu communautaire, réalisés par RAND (Ridgely, M. Susan, 2001)[1] et Cochrane (Kisely, S., 2005).
- La quatrième section traite de la documentation sur la coercition.

3.1 Structure des OTMC dans d'autres territoires de compétence

Comme on peut le constater, différents pays ont adopté différentes démarches. Puisque les OTMC ne constituent qu'une des formes de soins et de traitement dont peuvent se prévaloir les personnes atteintes d'une maladie mentale dans les pays qui utilisent des OTMC, il est très difficile de déterminer isolément les forces et les faiblesses des différentes démarches de chaque pays au chapitre des OTMC.

Au moment de déterminer la pertinence de la documentation pour l'Ontario, il importe de se rappeler que :

- des pays comme la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis n'ont pas le même environnement constitutionnel que celui du Canada;
- il existe des différences marquées entre le cadre législatif des programmes de traitement obligatoire en milieu communautaire de chaque territoire de compétence;
- la gamme des services communautaires offerts en appui aux ordonnances de traitement varie énormément d'un territoire de compétence à l'autre;
- les mécanismes de financement sont différents;
- les mesures incitatives et dissuasives à l'intention des praticiens de soins de santé, des clients et des familles sont différentes.

Les tableaux ci-inclus fournissent un aperçu des processus d'OTMC utilisés ou proposés en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Écosse et en Angleterre et au pays de Galles. Les systèmes utilisés en Israël et aux États-Unis sont également décrits. Nous résumons les critères d'admissibilité à une OTMC, la structure administrative, les procédures à suivre, la répartition des pouvoirs et des responsabilités, les conséquences pour les patients et le taux d'utilisation. Nous avons également incorporé un aperçu de la documentation des divers territoires de compétence.

Nous tenons à remercier le professeur John Dawson de la faculté de droit de l'Université d'Otago, en Nouvelle-Zélande, qui nous a permis d'utiliser dans nos tableaux des renseignements tirés de son livre récemment publié, intitulé *Community Treatment Orders: International Comparisons* (Dawson, John, 2005).

[1] Références de la *Bibliographie sommaire* compilée de la section 9.1 du présent rapport.

3.1.1 Nouvelle-Zélande

3.1.1.1 Lois de la Nouvelle-Zélande

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis au programme	Taux d'utilisation
• un trouble mental grave (de nature continue ou intermittente); • de graves dangers pour la santé ou la sécurité du patient ou d'autrui, ou une diminution grave de la capacité du patient à s'autoadministrer des soins; • la disponibilité des soins et du soutien social appropriés pour les patients externes.	En vertu de la voie d'accession civile, une OTMC peut être délivrée : • par un juge de la cour de district, après une audience; ou • par un clinicien, qui peut remplacer une ordonnance de traitement d'un malade en cure obligatoire, délivrée par un juge, par une OTMC. Si l'ordonnance est renouvelée une autre fois (après un an), sa durée devient infinie.	Les procédures ultérieures d'examen du statut des malades en cure obligatoire comprennent : • des examens cliniques obligatoires, effectués à un intervalle précis par le clinicien responsable et dont les résultats sont transmis à l'administrateur régional; • des examens obligatoires effectués par la cour de district durant la première année de l'OTMC; • des examens volontaires effectués par un tribunal multidisciplinaire d'examen de la santé mentale à la demande du patient ou d'une autre personne.	Les conditions exactes de l'OTMC seront déterminées par l'équipe de cliniciens responsables. Le patient doit habituellement : • permettre que des membres de l'équipe lui rendent visite à domicile (normalement chaque semaine) • se présenter aux rendez-vous externes exigés (il s'agit souvent d'une rencontre mensuelle avec un psychiatre); • prendre les médicaments prescrits • demeurer dans un type de résidence précis (p. ex., un foyer collectif); • ne pas voyager au-delà de certaines limites sans permission; • éviter d'abuser de substances.	La principale conséquence d'une ordonnance est l'obligation pour le patient d'accepter le traitement indiqué par le clinicien responsable et les visites à domicile par des professionnels de la santé désignés.	Les chiffres que m'a fournis de façon officieuse le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande portent à croire qu'en 2003, à n'importe quel jour, environ 1 700 personnes faisaient l'objet d'une OTMC (ou étaient dans une situation semblable, ayant reçu une « autorisation de s'absenter », pendant une période allant jusqu'à six mois, du statut de malade en cure obligatoire. Cette option existe encore, parallèlement au programme OTMC. En 2003, la Nouvelle-Zélande comptait environ quatre millions d'habitants. Donc, environ une personne sur 2 350 faisait l'objet d'une OTMC.

Source : Dawson, J. *Community Treatment Orders: International Comparisons*, Nouvelle-Zélande, Otago University Print, 2005.

3.1.1.2 Documentation de la Nouvelle-Zélande

Le document intitulé *A survey of New Zealand psychiatrists' clinical experience with the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act of 1992* (Currier, G.W., 1997) conclut que le processus est perçu comme étant chronophage et lourd. Cependant, les ordonnances de traitement obligatoires sont perçues comme des moyens de faciliter les traitements en milieu communautaire.

Un examen des questions d'éthique découlant des traitements obligatoires en Nouvelle-Zélande et en Australie (McIvor, R., 1998) conclut que « s'il faut justifier l'utilisation continue des OTMC, tant du point de vue clinique que de celui de la liberté publique, il faut effectuer des recherches contrôlées afin de déterminer si les OTMC sont plus efficaces que les programmes communautaires d'intervention dynamique pour réduire le taux de rechute et d'hospitalisation et accroître la fidélité au traitement » [*traduction*].

Dans le cadre d'une enquête et d'une étude de dossier, Dawson, J. (2001) a conclu que la grande majorité des psychiatres de la Nouvelle-Zélande appuient l'option que représente l'utilisation des ordonnances de traitement en milieu communautaire. Bien qu'ils soient conscients du risque de détérioration de la relation thérapeutique, ils ont la conviction que les ordonnances de traitement en milieu communautaire sont utilisées correctement dans la plupart des cas et qu'elles peuvent accroître la priorité qu'un patient accorde à ses soins, assurer un traitement structuré, favoriser un contact continu et offrir aux patients une période de stabilité durant laquelle d'autres changements thérapeutiques peuvent se produire. Romans, S. (2004) présente des résultats similaires.

Dans le cadre de l'étude sur les ordonnances de traitement en milieu communautaire touchant un petit nombre de Maoris (Gibbs, A., 2004), les auteurs ont signalé des difficultés à réconcilier les croyances traditionnelles et le modèle médical de maladie mentale, mais une amélioration perçue du mieux-être et des relations sociales.

Dawson, J. (2003) soutient que la Nouvelle-Zélande a évité certaines des difficultés de mise en œuvre vécues dans d'autres territoires de compétence où les lois sont exagérément bureaucratiques ou inexécutables.

3.1.2 Australie

3.1.2.1 Lois de Victoria (Australie)

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Répartition des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
Dans l'ensemble, les critères se concentrent sur : la maladie mentale du patient, indiquée par une affection caractérisée par une importante perturbation de la pensée, de l'humeur, de la perception ou de la mémoire; la possibilité de rechute de la maladie, y compris la probabilité et la gravité potentielle, ainsi que les conséquences pour la santé ou la sécurité du patient; la nécessité d'un traitement obligatoire pour assurer la protection d'autrui la nécessité d'entreprendre immédiatement un traitement, obligatoire; le refus de traitement du patient *ou* son incapacité à donner son consentement; l'insuffisance des solutions de rechange moins restrictives; la disponibilité de soins externes adéquats.	Les responsabilités à l'égard des patients faisant l'objet d'une OTMC sont partagées entre : • les psychiatres-chef, qui jouissent de nombreux pouvoirs juridiques importants; • les praticiens superviseurs, qui sont habituellement des psychiatres en formation et qui prennent bon nombre des décisions cliniques quotidiennes; • les gestionnaires de cas, souvent des travailleurs sociaux, des infirmières ou d'autres membres d'une équipe de soins en milieu communautaire qui ne sont pas médecins, qui coordonnent les soins des patients. Les psychiatres-chef ont la principale responsabilité de délivrer ou de renouveler une OTMC, même si leur décision est ensuite examinée par le Conseil.	Les procédures en vertu desquelles les OTMC sont délivrées et renouvelées mettent l'accent sur : • la nécessité d'une consultation complète entre les cliniciens et les patients; • la nécessité de consulter la famille et les aidants des patients, habituellement avec le consentement du patient; • le recours à des interprètes; • la fourniture d'explications en langage simple; • la fourniture de conseils en matière de droits aux patients; • la consultation entre les divers cliniciens participant à l'OTMC; • un examen périodique de l'état du patient par les cliniciens; • le devoir de mettre fin à l'ordonnance si les critères ne s'appliquent plus.	L'OTMC peut être révoquée, et le patient ramené à l'hôpital si : • le patient continue de respecter en général les critères d'admissibilité au traitement obligatoire; • son traitement externe n'est plus considéré viable; • le patient n'a pas respecté l'ordonnance et court certains risques pour sa santé ou sa sécurité. De vastes pouvoirs sont prévus pour mettre en œuvre ce processus de rappel (paragraphes 9A et 9B) : • le rappel peut être autorisé par téléphone; • une gamme de professionnels de la santé désignés et les forces policières peuvent participer au processus; • l'entrée sur les lieux de la résidence et dans la résidence est permise; • le patient peut être transporté à un établissement de santé mentale; • dans certaines circonstances, il est possible d'utiliser la force raisonnable, des dispositifs de maîtrise et des sédatifs.	*Les conséquences pour le patient* Voici les principales obligations que doivent respecter les patients : • se conformer au traitement indiqué dans le plan; • rester en contact avec les services de santé mentale; • être disponible pour subir une évaluation périodique effectuée par des cliniciens.	Le *Victorian Discussion Paper* indique qu'en 2003, environ 2 700 personnes faisaient l'objet d'une OTMC (Mental Health Branch, 2003). Étant donné que la population de l'État de Victoria était d'environ cinq millions de personnes à ce moment : cela signifie qu'une personne sur 1 850 faisait l'objet d'une OTMC.

Source : Dawson, J. *Community Treatment Orders: International Comparisons*, Nouvelle-Zélande, Otago University Print, 2005.

3.1.2.2 Lois de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie)

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
Les critères d'admissibilité aux traitements obligatoires sont axés sur : • la présence d'une maladie mentale, indiquée par des facultés mentales gravement affaiblies et la présence des symptômes psychiatriques répertoriés; • la nécessité d'avoir recours à des traitements non obligatoires afin de protéger le patient ou autrui de blessures graves. Au moment de décider si ces critères s'appliquent, il faut tenir compte de la « condition continue », et du risque de détérioration de cette condition sans traitement (par. 9(2); *Harvey c. Mental Health Review Tribunal* (1994) 33 NSWLR 351). Six autres règles régissent l'utilisation de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire. Celles-ci se concentrent sur (art. 133) : • le rôle de l'ordonnance comme solution de rechange moins restrictive aux soins hospitaliers; • l'existence d'un plan de traitement approprié pouvant être mis en œuvre; • des preuves de refus antérieurs du patient de respecter le traitement approprié;	En NGS, les magistrats et le tribunal peuvent imposer une OTMC à un patient. L'ordonnance est fondée, dans les deux cas, sur un plan de traitement pour le patient élaboré par les cliniciens responsables. Avant le 1er octobre 1997, la durée maximale d'une OTMC était de trois mois. Elle a ensuite été prolongée à six mois. La plupart des ordonnances sont prises pour cette durée maximale. Il est possible de renouveler une OTMC autant de fois que désiré; la plupart sont renouvelées au moins une fois.	Le tribunal de la NGS jouit d'un ressort d'une grande portée en ce qui concerne la position des patients tant sur le plan civil que judiciaire. Il compte des cadres à temps plein et une centaine de membres à temps partiel. Lorsqu'il examine des cas, le tribunal siège en groupes multidisciplinaires dirigés par un avocat. La loi stipule que ses travaux doivent être nature « informelle » et qu'ils ne sont pas régis par des règles de preuve inconditionnelles : art. 267. Très peu de patients faisant l'objet d'OTMC qui se présentent devant le tribunal ont un représentant légal. La charge de travail du tribunal est de plus en plus grande, ce qui préoccupe ses membres. En 2003, il a tenu environ 8 600 audiences en vertu de la loi sur la santé mentale. Environ la moitié de ces cas concernaient les OTMC.	Le patient doit habituellement : • prendre les médicaments prescrits; • passer les examens médicaux connexes; • accepter une supervision raisonnable de son traitement, y compris des mesures claires visant à assurer la fidélité; • se rendre régulièrement à des rendez-vous pour subir des examens effectués par des cliniciens. Pour qu'un patient faisant l'objet d'OTMC soit retourné à l'hôpital, il faut établir que (art. 137) : • le patient a « refusé » de se conformer à l'ordonnance ou qu'il ne l'a pas respecté; • que l'organisme responsable a pris toutes les mesures raisonnables pour mettre en œuvre l'ordonnance; • que le patient présente un risque grave de détérioration de son état mental ou physique.	• Le patient doit se conformer à l'ordonnance (y compris les exigences indiquées dans son plan de traitement) (art. 145); • le personnel de l'organisme de soins de santé responsable peut prendre tous les moyens raisonnables pour administrer les médicaments et pour offrir les services indiqués dans les conditions de l'ordonnance : par. 146 (1); • les médicaments peuvent être administrés au patient dans un milieu communautaire sans le consentement de celui-ci si l'administration n'exige pas une force supérieure à celle nécessaire dans le cas où le patient consentirait au traitement : par. 146 (2); • le personnel peut se rendre sur les lieux de résidence du patient, mais ne peut entrer dans la résidence elle-même, pour lui administrer son traitement : par. 146 (3). Par ailleurs, la loi ne confère aucun pouvoir permettant de dicter où le patient peut élire domicile, même si une « exigence de résidence » est	Selon ces chiffres, en considérant le nombre d'OTMC délivrées, le nombre d'audiences du tribunal à propos des OTMC, ainsi que les chiffres fournis par les organismes communautaires, il est possible d'estimer le nombre d'OTMC en NGS en 2003. Pour une population d'environ 6,6 millions de personnes, de 2 000 à 3 000 personnes auraient fait l'objet d'OTMC. Considérant la médiane, 2 500, une personne sur 2 640 a fait l'objet d'OTMC en 2003.

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
la rechute du patient dans une « phase active de maladie mentale »; une détérioration menant à une admission non volontaire à l'hôpital; le traitement efficace de la maladie durant une telle admission non volontaire.				parfois incluse dans le plan de traitement.	

Source : Dawson, J. *Community Treatment Orders: International Comparisons*, Nouvelle-Zélande, Otago University Print, 2005.

3.1.2.3 Documentation australienne

Le bureau du psychiatre en chef du ministère de la santé de l'Australie-Occidentale (Rolfe, Tim, 2001) a effectué un examen des OTMC dont l'élément principal était une enquête auprès des médecins. L'article comprend également un excellent aperçu des enjeux internationaux relatifs aux traitements obligatoires en milieu communautaire. L'opinion générale est que pour certains patients qui nécessitent des services de santé mentale particuliers et qui habitent dans des endroits particuliers, l'OTMC constitue une solution viable qui permet aux personnes atteintes d'une maladie mentale de demeurer dans la collectivité.

S.R. Kisely (2004) a tenté de savoir si les traitements obligatoires en milieu communautaire réduisent le taux d'admission dans les hôpitaux. À l'aide d'un modèle d'étude de cas-témoins, ils ont examiné 265 cas d'OTMC en Australie-Occidentale et ont conclu qu'à elles seules, les OTMC ne peuvent réduire le taux d'admission.

A pilot study of the utilization and outcome of community orders: client, carer, case manager and Mental Health Review Tribunal perspective S. Ozgul (1997) met en évidence le manque de recherche sur les OTMC en Australie. Après avoir constaté les effets positifs des OTMC en ce qui a trait à la fidélité au traitement et aux réadmissions dans les hôpitaux, ils invitent à la prudence et soulignent la nécessité d'effectuer des recherches plus rigoureuses. Preston, N.J. (2002) a également obtenu des résultats contradictoires pour l'Australie-Occidentale. L'étude s'est penchée sur les admissions de patients hospitalisés, le nombre de jours d'hospitalisation et les contacts avec les patients externes un an après que les sujets se sont vu délivrer une ordonnance de traitement en milieu communautaire, et a comparé les résultats à un ensemble de données appariées. Parmi les 228 clients faisant l'objet d'OTMC qui ont été suivis, on n'a remarqué aucune réduction dans l'utilisation des services de santé.

K. Vaughan (2000) a obtenu d'autres résultats contradictoires. Sa méthode d'étude de cas-témoins était axée sur le taux de réadmission chez les clients faisant l'objet d'OTMC. Même s'ils ont cerné quelques problèmes de comparabilité du groupe témoin, ils ont déterminé que, dans les trois mois suivant la mise en congé, le niveau de service offert aux clients faisant l'objet d'OTMC et celui offert aux patients du groupe témoin étaient comparables. Ils soulignent l'utilisation des médicaments retard comme étant un élément clé.

Selon J. Xiao (2004), l'Australie-Occidentale affiche l'un des plus hauts taux publiés d'utilisation des OTMC au monde. Pour cette raison, ils ont examiné les caractéristiques des patients faisant l'objet d'OTMC. Ils ont conclu que ceux-ci présentent les mêmes caractéristiques que ceux des autres territoires de compétence. Ils ont recommandé des recherches plus poussées afin de déterminer l'incidence relative des caractéristiques des patients, des lois et des contextes de service sur l'utilisation et les résultats des traitements obligatoires en milieu communautaire.

3.1.3 Écosse

3.1.3.1 Loi de 2003 sur la santé mentale (soins et traitements) (Écosse)

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
Le patient a un trouble mental; il existe un traitement médical qui préviendrait vraisemblablement l'aggravation de ce trouble ou pourrait même en atténuer les symptômes ou les effets; la capacité du patient de prendre des décisions à propos de son traitement est gravement diminuée; il pourrait y avoir un risque important pour ce patient ou pour autrui si le patient n'était pas traité; la délivrance de l'OTMC est nécessaire.	Les principaux rôles dans l'exécution des lois sont joués par : • agents en santé mentale (Mental Health Officers-MHO); • responsables de cas de santé (Responsible Medical Officers-RMO); • tribunal écossais de la santé mentale (Mental Health Tribunal for Scotland).	Le plan peut préciser les devoirs du patient : • recevoir des traitements à l'extérieur de l'hôpital, y compris l'administration de médicaments à effet prolongé; • habiter à un endroit précis, ou dans un type de logement précis; • fournir l'accès aux professionnels de la santé à des fins de supervision ou de traitement; • obtenir la permission de changer de lieu de résidence.	La loi (partie 7, chapitre 5) prévoit des dispositions précises à propos de tout « manquement » aux exigences du plan de traitement du patient externe. Si le patient ne se présente pas à ses rendez-vous de traitement, il peut être emmené à l'hôpital et y être détenu pour une durée allant jusqu'à six heures, et se faire administrer un traitement sans son consentement, si son plan de traitement l'autorise. Si son plan ne prévoit pas de traitement sans consentement, le patient peut tout de même être emmené à l'hôpital, où il sera détenu le temps nécessaire pour déterminer s'il est en mesure de donner son consentement : alinéa 112 (4) b). Par ailleurs, si le patient ne respecte pas une *autre* condition de son ordonnance, comme les exigences en matière de résidence, il peut être emmené à l'hôpital et y être détenu pendant un maximum de 72 heures. Auparavant, il faut déployer tous les efforts raisonnables pour assurer la fidélité du patient et il doit être raisonnablement probable que sa santé mentale se détériorerait	Le plan peut préciser les devoirs du patient : • recevoir les traitements à l'extérieur de l'hôpital, y compris l'administration de médicaments à effet prolongé; • habiter à un endroit précis, ou dans un type de logement précis; • fournir l'accès aux professionnels de la santé à des fins de supervision ou de traitement; • obtenir la permission de changer de lieu de résidence.	Cette loi n'est pas encore applicable; elle entrera en vigueur en octobre 2005.

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
			gravement s'il ne respectait pas les conditions : par. 113 (2). Le patient pourrait alors être détenu à l'hôpital 28 jours de plus, au besoin, et ainsi de suite.		

Source : Dawson, J. *Community Treatment Orders: International Comparisons*. Nouvelle-Zélande. Otago University Print, 2005.

3.1.4 Angleterre et pays de Galles

3.1.4.1 Avant-projet de loi sur la santé mentale de 2004

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
Ces critères initiaux (appelés « conditions pertinentes » à l'article 9 du projet de loi) exigent : • que le patient soit atteint d'un trouble mental; • que le trouble soit d'une nature ou d'une gravité exigeant un traitement; • qu'un traitement approprié soit offert; • que le traitement soit nécessaire pour protéger le patient du suicide ou de blessures graves qu'il s'infligerait ou d'une grave négligence de sa santé ou de sa sécurité, ou pour protéger autrui; • qu'il n'existe aucun autre moyen juridique de fournir le traitement.	Les personnes qui, en vertu de la loi, seraient principalement responsables de la gestion et de l'examen des patients, leurs « superviseurs cliniques » et un tribunal de la santé mentale se voient accorder des pouvoirs raisonnablement souples pour déterminer le lieu de résidence et de traitement de ces patients. Le patient pourrait rapidement passer des soins internes aux soins externes. Même l'évaluation initiale pourrait avoir lieu à l'extérieur de l'hôpital et le traitement externe pourrait se poursuivre indéfiniment au besoin, pourvu que la nécessité du traitement soit réévaluée régulièrement en vertu des procédures déterminées dans la loi.	Le projet de loi exige la préparation d'un plan de traitement pour tous les malades en cure obligatoire (art. 31-32). Ce plan doit indiquer le trouble mental pour lequel le patient est traité, ainsi que le traitement à offrir. L'élaboration du plan nécessite une consultation avec le patient et d'autres personnes, mais le superviseur clinique détient l'autorité finale en ce qui a trait aux décisions en matière de traitement. En ce qui concerne des types de traitement spéciaux, comme des électrochocs ou une psychochirurgie, il y aurait un processus d'approbation indépendant supplémentaire auquel participerait le tribunal.	Le projet de loi précise explicitement qu'un patient externe peut être obligé de suivre un traitement à un endroit précis qui n'est *pas* un hôpital (p. ex., une clinique). Il précise également que le patient peut être appréhendé et emmené à l'hôpital ou à l'endroit approprié par les cliniciens responsables (art. 80). Cependant, le projet de loi indique tout aussi clairement qu'il n'est *pas possible* de prodiguer un traitement à cette clinique ou à cet endroit sans le consentement du patient. De tels traitements peuvent être prodigués *uniquement* dans un hôpital (art. 198), selon la définition qu'on trouve de ce terme est dans la loi (art. 2) Ces pouvoirs semblent pratiquement identiques à ceux pouvant être exercés sur les patients dans le cas du processus actuel de mise en congé supervisée. Cependant, le projet de loi semble aller plus loin, car il confère des pouvoirs de décision quant au lieu de résidence des patients externes. En effet, il est possible d'indiquer précisément leur lieu de résidence. S'ils quittent ce lieu en contravention des conditions imposées par leur superviseur clinique, ils sont		Sans objet

Critères d'admissibilité au programme	Structure administrative	Procédures à suivre	Attribution des pouvoirs et des responsabilités	Conséquences pour les patients admis dans le programme	Taux d'utilisation
			considérés comme étant absents sans autorisation. Ils peuvent alors être appréhendés par des professionnels de la santé ou les forces policières, puis ramenés à cette résidence, à une clinique ou à un hôpital (art. 81).		

Source : Dawson, J. *Community Treatment Orders: International Comparisons*, Nouvelle-Zélande, Otago University Print, 2005.

3.1.5 Israël

Les mesures législatives permettant les traitements obligatoires en milieu communautaire sont entrées en vigueur en 1991 en vertu de la *Treatment of Mental Patients Law of 1991*. (Lefkovitch, Y., 1993) (Silfen, P., 1995) (Durst, R., 1999). Selon Durst, « un psychiatre de district est autorisé, après un examen psychiatrique, à ordonner un traitement obligatoire ambulatoire. Le patient est affecté à une clinique, dans des conditions précises, pendant une période maximale de six mois, avec une possibilité de prolongement de six mois » [*traduction*]. Avant la loi de 1991, les traitements obligatoires n'étaient autorisés qu'en milieu hospitalier. Les critères d'admissibilité aux traitements obligatoires ambulatoires sont les mêmes que ceux qui sont en vigueur en milieu hospitalier. Les ordonnances sont valides pendant une durée maximale de six mois et le recours en cas de contravention est l'hospitalisation obligatoire.

Dans *Involuntary outpatient commitment: ethics and problems*, Y. Lefkovitch (1993) compare le système israélien avec le système américain et souligne les différences en ce qui a trait à l'admissibilité et à l'exécution.

R. Durst, (1999) a effectué pendant un an le suivi de 326 ordonnances délivrées durant les quatre premières années de l'application du programme. Il n'y a pas eu de groupe témoin. « Le succès a été défini comme le traitement continu pendant toute la période de six mois de traitement obligatoire ambulatoire ou comme l'hospitalisation volontaire pendant ou après la période de traitement obligatoire. Il a été déterminé que l'ordonnance de traitement obligatoire ambulatoire était efficace dans 43,3 pour 100 des cas; que dans 32,5 pour 100 des cas, elle n'a pas réussi à empêcher l'hospitalisation obligatoire et que dans les 22,1 pour 100 de cas restants, elle n'a procuré qu'un succès partiel » [*traduction*].

M. Ajzenstadt, (2001) a déterminé que dans certaines régions du pays, les psychiatres imposent rarement le traitement obligatoire ambulatoire en raison du manque d'établissements communautaires. Certains psychiatres sont réticents à effectuer ce qu'ils appellent des tâches de maintien de l'ordre.

D. Greenberg, (2005) jette un éclairage intéressant sur le programme israélien, du point de vue d'un centre de santé mentale communautaire d'Israël. Un groupe de 27 personnes qui y ont été aiguillées aux fins de traitements involontaires en milieu communautaire ont été suivies sur une période de trois à cinq ans. Les comparaisons ont été établies selon l'expérience des patients, avant et après avoir fait l'objet de traitements involontaires en milieu communautaire. On a constaté une importante baisse du taux d'hospitalisation. « Treize patients ont été interrogés à la fin de leur internement, et presque tous ont décrit le traitement en des termes négatifs, bien que huit d'entre eux ne pensaient pas que le traitement ait eu un effet négatif sur la relation qu'ils entretiennent avec leur psychiatre. Six d'entre eux croyaient que leur opinion avait été respectée. Six des psychiatres estimaient ne pas prodiguer un traitement optimal. Malgré l'internement, les psychiatres étaient à l'écoute des souhaits de leurs patients et, souvent, l'aspect involontaire de l'ordonnance n'a pas été appliqué. Bien que la moitié des patients de l'étude aient été transférés au milieu communautaire, l'autre moitié est demeurée dans le même cadre pendant plusieurs années. L'étude démontre la nature délicate des soins involontaires en milieu communautaire, indiquant que souvent, en pratique, cette méthode n'est pas involontaire, ne s'applique pas aux patients externes, et ne constitue pas un internement. »

3.1.6 États-Unis

D'après le document *A national survey of the use of outpatient commitment*, plus de la moitié des États se sont dotés d'une loi permettant une forme ou une autre de traitement involontaire en milieu communautaire (Torrey, E.F., 1995). Les auteurs ont effectué une enquête à l'échelle nationale sur l'utilisation de l'ordonnance d'internement des patients externes et ont conclu que : « Trente-cinq États et le district fédéral de Columbia ont des lois permettant l'internement des patients externes. La Géorgie, Hawaï et la Caroline du Nord utilisent des critères différents dans le cas de l'internement des patients externes et internes. Seuls 12 États et le district fédéral de Columbia utilisent l'ordonnance d'internement des patients externes très fréquemment ou fréquemment. Parmi les raisons invoquées pour ne pas utiliser ce type de traitement, mentionnons les inquiétudes à propos des libertés civiles, la responsabilité et le fardeau financier, ainsi qu'un manque d'information ou d'intérêt, le défaut de certains États d'établir des conséquences exécutables en cas de non-respect du traitement ou des critères d'admissibilité trop restrictifs. Certains États utilisent d'autres mécanismes officiels ou officieux pour encourager la fidélité au traitement; le New Hampshire a couramment recours à la liberté conditionnelle et la Californie, à la curatelle-tutelle. Dans bon nombre

d'États, la disponibilité des ordonnances d'internement des patients externes varie énormément d'une région à une autre » [*traduction*].

Dans le rapport RAND, expliqué longuement plus loin, les auteurs examinent en profondeur les pratiques ayant cours dans huit États. (Ridgely, M. Susan, 2001). Ces États sont le Michigan, New York, la Caroline du Nord, l'Ohio, l'Oregon, le Texas, Washington et le Wisconsin. Ils ont résumé leurs constatations de la façon suivante :

- Chacun des États a adopté une disposition en cas d'invalidité grave (la plupart en vertu d'une loi; un, par interprétation judiciaire). Cette situation illustre bien la popularité croissante de telles dispositions dans tout le pays.
- La plupart des États ont une disposition permettant le traitement des patients externes dans le cadre d'un processus d'internement. Bien que les processus et les critères d'admissibilité de base varient d'un État à l'autre, le modèle traditionnel d'ordonnance d'internement, utilisé principalement dans le cas des patients internes, perd en popularité.
- Bon nombre de ces États appliquent des normes différentes pour l'internement des patients internes et externes. Alors que les normes procédurales semblent être les mêmes (sauf en Caroline du Nord, où il n'est pas nécessaire de faire appel à un avocat dans le cas d'une instance d'internement d'un patient externe), la durée de l'internement, ainsi que les normes d'admissibilité de base peuvent différer entre les patients internes et externes.
- Certains États permettent le traitement des patients externes dans le cadre de l'ordonnance d'internement, mais seulement après que la preuve a été établie que les ressources sont suffisantes pour traiter le patient.
- Bon nombre de ces États permettent explicitement le recours aux antécédents de traitement ou de comportement d'un patient pour déterminer s'il respecte les critères d'admissibilité à l'ordonnance d'internement. Ils s'éloignent ainsi des pratiques ayant cours depuis une vingtaine d'années et consistant à examiner surtout le comportement manifesté contemporain au moment où a lieu l'audience d'internement.
- Habituellement, la fidélité au traitement pharmacologique est traitée séparément de l'audience d'internement (sauf dans le cas du Wisconsin) et les États n'utilisent pas l'hospitalisation prolongée comme conséquence au non-respect des exigences du traitement.

Dans son survol des lois d'internement de ces États, D.B. Reed (2000), a dégagé les caractéristiques suivantes :

- Le droit de demander une audience;
- Un avis d'audience signifié en temps opportun;
- La représentation par un avocat;
- Une ordonnance d'une durée limitée (variant d'un État à l'autre entre 45 jours et un an) assortie d'un droit d'examen et d'audience dans le cas d'une demande de prolongation;
- Le droit d'en appeler de l'ordonnance;
- Un examen par la cour après un certain temps afin de déterminer si les critères d'admissibilité sont toujours respectés.

Reed fait ensuite remarquer ce qui suit :

- La plupart des États ont prévu une solution de rechange moins contraignante au type de traitement et d'internement utilisé.
- L'exigence d'un plan de traitement que la cour intègre à son ordonnance d'internement est une caractéristique de nombreuses lois régissant le traitement obligatoire ambulatoire des patients externes.
- Les lois peuvent également exiger que l'ordonnance précise le nom du fournisseur de traitement et que celui-ci accepte de traiter le patient et de fournir un plan de traitement.
- Les mécanismes d'exécution, dans le cas où le patient ne respecte pas le traitement ordonné varie selon l'État et le type d'ordonnance (c.-à-d., libération conditionnelle, ordonnance d'internement, etc.). Les mécanismes prévus par les lois comprennent un ou plusieurs des moyens suivants : l'obligation pour le fournisseur de services de signaler toute contravention à la cour ou de saisir la cour d'un recours d'ordonnance d'internement, l'obligation pour le fournisseur de services d'informer les forces policières, l'obligation pour les forces policières de transporter le patient contrevenant à l'établissement de soins externes désigné.
- Le réel recours à une ordonnance d'internement d'un patient externe varie énormément d'un État à l'autre, mais dans la majorité des États, ces procédures sont peu utilisées. Selon le Health Policy Tracking Service, 23 des 38 États étudiés, ainsi que le district fédéral de Columbia, ordonnent rarement ou très rarement l'internement d'un patient externe, alors que 13 le font couramment et que trois le font occasionnellement.

3.2 Canada

Le document *Canadian compulsory community treatment laws: recent reforms* (Gray, J.E., 2005) offre un excellent aperçu du contexte juridique contemporain des traitements obligatoires en milieu communautaire.

Diverses formes d'autorisation de s'absenter conditionnelles sont offertes en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, au Yukon, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Ontario. Un patient faisant l'objet d'une autorisation de s'absenter conditionnelle doit continuer à respecter les critères d'internement de l'hospitalisation obligatoire, mais il a la permission de vivre dans la collectivité, pourvu qu'il respecte les conditions énoncées dans l'autorisation de s'absenter. Il existe des variantes d'un territoire de compétence à l'autre en ce qui a trait aux conditions d'admissibilité, au renouvellement et au consentement.

	Conditions d'admissibilité	**Renouvellement**	**Consentement**
Colombie-Britannique	Les services offerts doivent correspondre à ceux indiqués dans les conditions de l'autorisation. Le patient doit continuer de respecter les critères relatifs au danger ou à la détérioration.	Renouvelable	L'hôpital ou le médecin autorise l'absence.
Alberta	Le patient doit continuer de respecter les critères relatifs au danger.	Renouvelable	L'hôpital ou le médecin autorise l'absence.
Manitoba	Interdite à la première admission. Le patient doit continuer de respecter les critères relatifs au danger ou à la détérioration.	Renouvelable	Le consentement du patient ou du mandataire est nécessaire.
Nouveau-Brunswick	Le patient doit continuer de respecter les critères relatifs au danger ou à la détérioration.	Renouvelable	L'hôpital ou le médecin autorise l'absence.
Yukon	Le patient doit continuer de respecter les critères relatifs au danger.	Renouvelable	Le consentement du patient ou du mandataire est nécessaire.
Île-du-Prince-Édouard	Le patient doit continuer de respecter les critères relatifs au danger ou à la détérioration.	Le renouvellement n'est pas permis (10 jours seulement).	Le consentement du patient ou du mandataire est nécessaire.
Ontario	Le patient doit continuer de respecter les critères en matière de danger ou de détérioration.	Le renouvellement n'est pas permis (3 mois seulement).[7]	L'hôpital autorise les absences.

Source : Adapté de Gray, J.E. et R.L. O'Reilly, « Canadian compulsory community treatment laws: recent reforms », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 28, n° 1 (2005), pp. 13-22.

[7] Contrairement aux constatations de J.E. Gray, nous avons déterminé que le renouvellement est possible en Ontario.

Au Québec, l'autorisation de traitement accordée par un juge peut se poursuivre après la mise en congé de l'hôpital.

L'article ne fournit aucune donnée sur le taux d'utilisation de l'autorisation de s'absenter conditionnelle dans les sept territoires de compétences.

Pour mieux comprendre le contexte législatif élargi des territoires de compétence canadiens, prière de consulter le document *Clinically significant differences among Canadian mental health acts* (Gray, J.E., 2001).

Les conditions dictées par les lois de la Saskatchewan pour la dispense d'un traitement en milieu communautaire sont les suivantes :

1. Une personne doit être atteinte d'un trouble mental pour lequel elle a besoin d'un traitement ou de soins qui peuvent être fournis dans la collectivité.
2. Au cours des deux années précédentes, la personne doit avoir
   - passé au moins 60 jours à titre de malade en cure obligatoire dans un établissement psychiatrique;
   - avoir été admise pour une cure obligatoire dans un établissement psychiatrique à au moins trois reprises distinctes;
   - avoir fait l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire dans le passé.
3. Il doit y avoir des risques que la personne fasse mal à elle-même ou à autrui ou qu'elle voie son état mental ou physique se détériorer en raison de son trouble mental si elle ne reçoit pas de traitement pendant qu'elle réside dans la collectivité.
4. Les services dont la personne a besoin pour résider dans la collectivité doivent être offerts au sein de celle-ci.
5. La personne est incapable de comprendre ou de prendre une décision éclairée en ce qui a trait à ses besoins de traitement, de soins ou de supervision en raison de son trouble mental.
6. La personne doit être en mesure de se conformer aux exigences de traitement et de supervision indiquées dans l'OTMC. (O'Reilly, R.L., 2000)

Contrairement à l'Ontario, la Saskatchewan exige un examen par deux médecins. En outre, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement du patient ou de son mandataire spécial. C'est le médecin qui prend une décision « dans le meilleur intérêt du patient » (Gray, J.E., 2005). Les OTMC sont peu utilisées; on compte seulement 14 ordonnances par année sur une population de un million d'habitants. (O'Reilly, R.L., 2000)

Le débat qui fait rage au Canada entre l'accès aux soins et les droits et la liberté individuels n'est pas nouveau. Par exemple, C.A. Roberts (1989) a exprimé son inquiétude à l'effet que « durant les dernières décennies, ces deux tendances ont contribué à la situation actuelle, où il est difficile de recruter du personnel clinique compétent et motivé pour travailler dans nos établissements psychiatriques les plus isolés et où l'on met de plus en plus l'accent sur l'aspect juridique des droits civils individuels, sur les traitements obligatoires et sur les facteurs connexes tout en se souciant très peu du droit et du besoin du patient de recevoir un traitement adéquat » [*traduction*].

En janvier 1990, dix ans avant que soient modifiées les lois régissant les OTMC, le ministère de la Santé de l'Ontario a publié le document intitulé *Discussion Paper Towards Community Mental Health Services Legislation* et a sollicité des commentaires sur le processus de réforme législative. Dans *Compulsory community treatment? I. Ontario stakeholders' responses to "helping those who won't help themselves,"* F. Boudreau (1993) analyse le contenu des 224 réponses reçues de parties intéressées. L'auteur décrit cette analyse comme étant une première étape dans le processus d'étude du recours éventuel au traitement obligatoire en milieu communautaire. Dans *Compulsory community treatment? II. The collision of views and complexities involved: is it "the best possible alternative"?* , F. Boudreau se penche sur ce qu'on appelle « la question très controversée du traitement obligatoire en milieu communautaire des personnes soi-disant atteintes d'un trouble mental » [*traduction*]. L'auteur soulève des questions relatives à la mise en œuvre pratique et conclut que « Le système de santé mentale d'aujourd'hui a clairement besoin que le gouvernement s'engage davantage sur les plans politique, organisationnel et financier en vue de l'adoption d'un modèle de partenariat efficace et de la mise en place d'un système de soins de santé mentale plus équilibré » [*traduction*].

F. Cashman (1997) a également examiné les enjeux liés à la mise en œuvre d'un système de traitement obligatoire en milieu communautaire.

R.L. O'Reilly (2000) a pour sa part analysé les schémas d'utilisation du traitement obligatoire en Saskatchewan, qui a été la première province canadienne à mettre en œuvre un programme d'OTMC. Bien que les psychiatres ne

traitaient que 14 clients dans le cadre de ce programme, ils s'en sont déclarés satisfaits dans l'ensemble. Les auteurs ont conclu que « même si les OTMC ne servent que dans le cas d'un petit nombre de patients en Saskatchewan, elles constituent un outil clinique efficace pour traiter un groupe de patients qui seraient autrement difficiles à traiter » [*traduction*].

Dans la foulée de l'adoption des mesures législatives sur les OTMC en Ontario, B. Everett (2001) a produit *Community treatment orders: Ethical practice in an era of magical thinking*. M. Everett s'est penché sur les enjeux et les inquiétudes découlant du processus menant à l'adoption de ces mesures. Il établit l'attrait d'une alliance thérapeutique avec le patient si celui-ci est un partenaire volontaire et égal. Il lance un avertissement contre ce qu'il appelle la « pensée magique » et propose une définition de la coercition qui tient compte des formes directe et indirecte.

Dans *Clinically significant differences among Canadian mental health acts*, J.E. Gray (2001) effectue le premier de deux survols des lois canadiennes sur la santé mentale. Bien que son article ne se concentre pas uniquement sur les OTMC, il traite des dispositions sur l'autorisation conditionnelle de s'absenter et les ordonnances de traitement en milieu communautaire. L'auteur a pris comme point de départ l'énoncé de principe relatif aux lois sur la santé mentale adopté par l'Association des psychiatres du Canada. Il a relevé des différences considérables du point de vue clinique entre les lois et a conclu que « certaines lois sur la santé mentale en vigueur au Canada comprennent des dispositions empêchant les patients de recevoir des soins cliniques appropriés. D'autres dispositions, qui favorisent la prestation de soins cliniques appropriés, qui respectent les droits humains et la dignité des patients et qui sont conformes à la Charte canadienne des droits et libertés se trouvent dans les lois d'autres territoires de compétence » [*traduction*].

Dans *Ontario's Community Treatment Orders: how did we get there and where do we go now? An advocate's perspective*, A. Szigeti (2001) qualifie la loi sur les OTMC d'événement le plus chaudement contesté dans l'histoire des lois sur la santé mentale de la province. Elle considère que le lien établi par le public et encouragé par les médias entre la législation et la nature dangereuse ne sert qu'à stigmatiser davantage les personnes atteintes d'une maladie mentale. Elle compare les mesures législatives de l'Ontario à celles des États-Unis et souligne l'évolution des lois ontariennes qui a précédé les débats entourant les mesures législatives sur les OTMC. Des arguments d'ordre éthique, clinique et juridique ont été présentés pour souligner les problèmes d'interprétation des lois et de conformité à la Charte des droits et libertés. Avant qu'une seule OTMC ait été délivrée en Ontario, elle écrivait « on craint toujours que la loi sur les ordonnances de traitement en milieu communautaire n'ouvre la voie à de graves injustices commises envers les personnes atteintes d'un problème de santé mentale » [*traduction*].

Au cours des dernières années, un certain nombre de livres traitant des lois canadiennes sur la santé mentale ont été publiés :

- BLOOM, Hy. *A Practical guide to mental health, capacity and consent law of Ontario*, 1996. (Quelque peu désuet, car il précède les modifications apportées à la loi ontarienne régissant les ordonnances de traitement en milieu communautaire.)
- GRAY, John E. *Canadian mental health law and policy*, 2000.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Droits et responsabilités : La santé mentale et la loi* (guide pratique de la loi ontarienne sur le consentement et la capacité), 2001.
- CAULFIELD, Timothy A. *Health care reform & the law in Canada: meeting the challenge*, 2002.
- HILTZ, D'Arcy. *A guide to consent and capacity law in* Ontario, 2005. (Une excellente source pour les praticiens et les avocats sur les rouages des mesures législatives pertinentes, y compris celles concernant les OTMC.)

L'*Énoncé de principe de l'APC : Le traitement ambulatoire obligatoire* de l'Association des psychiatres du Canada (2003) est un document important dans lequel l'Association exprime sa conviction que « le traitement ambulatoire obligatoire (TAO) procure des avantages dans certaines situations bien précises, et [l'APC] préconise le recours au TAO pourvu que les garanties juridiques et les mesures de protection appropriées soient instituées. » Ce document présente les vues de l'APC sur d'importants enjeux éthiques et pratiques liés au traitement obligatoire dispensé en milieu communautaire.

Dans *Community treatment orders and Nova Scotia – the least restrictive alternative?*, S. Trueman (2003) critique les lois canadiennes, arguant qu'elles sont illogiques et incohérentes et conclut que « La patience et l'appui d'un

nouveau et meilleur système qui place le libre arbitre et le bénéficiaire de soins de santé mentale au centre de toutes ses décisions est la voie la plus prometteuse menant à des soins de santé mentale efficaces » [*traduction*].

En septembre 2004, la Revue canadienne de psychiatrie a publié un éditorial et des articles de fond sur les OTMC. Intitulé *Community treatment orders: an uncertain step*, l'éditorial signé par *G.A.* Chaimowitz (2004) exprime certaines réserves et affirme que « Les preuves demeurent obscures; les arguments des deux positions sont fondés, mais l'incertitude occupe une place inconfortable dans la pratique médicale moderne. Les deux côtés invoquent les droits des patients et chacun cherche à remporter cette bataille morale. Des gens réfléchis et intelligents ont pesé le pour et le contre et ont déclenché un véritable débat en psychiatrie. Les OTMC pourraient bien représenter le meilleur et le pire de ce que peut offrir la pratique psychiatrique actuelle. Au mieux, il s'agit de paternalisme, une coercition bienveillante et respectueuse de l'autonomie et de la liberté. Au pire, nous écartons les concepts d'équité et de justice. Quel pourrait être le meilleur compromis entre paternalisme et autonomie? » [*traduction*].

Le premier article parallèle, *Why are community treatment orders controversial?* signé par R. O'Reilly (2004) dresse un portrait des principaux sujets de dispute relativement aux OTMC, notamment la liberté de choix, l'utilisation de force coercitive, l'efficacité, l'effet sur la relation thérapeutique, les solutions de rechange moins intrusives, la capacité, l'accent sur la violence, la durée des OTMC, l'incidence sur les ressources et la difficulté de faire respecter les droits dans un milieu communautaire. En guise de conclusion, l'auteur explique qu'« il est difficile de concevoir comment on peut réussir cette [transition au traitement en milieu communautaire] sans transférer à la collectivité quelques éléments de l'autorité juridique nécessaire pour offrir des soins et un traitement adéquats dans un milieu hospitalier » [*traduction*].

Dans le deuxième article d'accompagnement, *Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's in the data?*, le chercheur M.S. Swartz (2004) de la Caroline du Nord passe la documentation en revue et conclut que « Tout compte fait, les résultats des études empiriques appuient l'argument selon lequel les OTMC[3] sont efficaces dans certaines conditions, bien que certaines preuves aient été contestées et que la politique demeure controversée » [*traduction*].

Dans ce que nous espérons être un corpus croissant de recherches ontariennes publiées, l'article *Community treatment orders: profile of a Canadian experience*, (O'Brien, A.M., 2005) traite d'une étude effectuée à Ottawa sur la situation des clients avant et après avoir fait l'objet d'OTMC. Les auteurs se sont penchés sur les taux d'utilisation des hôpitaux, l'utilisation de services de soutien et le logement. Ils ont conclu que « Les OTMC sont des outils efficaces pour permettre aux patients de vivre dans le cadre le moins restreignant possible pendant qu'ils reçoivent divers services. Elles réduisent également le taux de réadmission à l'hôpital et la durée des séjours. » Ils émettent cependant une mise en garde : « les études futures doivent évaluer systématiquement l'efficacité de tous les aspects des plans de traitement communautaire afin de déterminer les éléments essentiels à leur succès, tant du point de vue du patient que de celui des professionnels des soins de santé » [*traduction*].

3.3 Éléments de preuve des essais cliniques

Dans le monde de la recherche sur les services de santé, l'essai clinique aléatoire est considéré comme la norme d'excellence utilisée pour comparer les autres recherches. L'aléation cherche à faire en sorte que chaque membre d'une population ait une chance égale d'être inclus dans l'échantillon de l'étude, sans aucune partialité possible. Les personnes sont réparties entre un groupe expérimental, qui reçoit le traitement, et un groupe témoin, qui reçoit un placebo ou le traitement standard. Un essai clinique aléatoire est une expérience réelle dans le cadre de laquelle, si elle est réalisée correctement, il est possible de déterminer la relation de cause à effet entre le traitement et le résultat en suivant prospectivement les résultats du groupe expérimental et ceux du groupe témoin. Les autres formes d'étude clinique, comme l'étude de cohorte et l'étude cas-témoin sont également utiles, mais n'offrent pas des données aussi irréfutables que l'essai clinique aléatoire.

En raison des conséquences sur le plan des droits civils, il est important de disposer de données cliniques à toute épreuve sur l'efficacité des traitements obligatoires en milieu communautaire. R. O'Reilly (2001) affirme qu'il y a habituellement des raisons pour lesquelles l'aléation est difficile. Il existe également des problèmes sur le plan éthique et juridique selon J. Dawson (2002), les membres des familles qui participent à l'étude doivent faire partie du processus de consentement.

---

[3] Internement des patients externes

Deux examens détaillés des données de recherche relatives à l'efficacité du traitement obligatoire des patients externes ont été effectués, l'un par RAND et l'autre, qui vient tout juste d'être publié, par la Collaboration Cochrane.

RAND Corporation est un institut à but non lucratif des États-Unis qui se consacre à l'amélioration des politiques et des décisions stratégiques grâce à la recherche et à l'analyse. Les recherches de RAND sont reconnues pour leur objectivité, leur impartialité, leur rigueur scientifique et leur caractère interdisciplinaire dans un grand nombre de domaines.

La Collaboration Cochrane est un organisme international indépendant et sans but lucratif dont l'objectif est de diffuser partout dans le monde de l'information précise et à jour sur les effets des soins de santé. Elle produit et diffuse des études méthodiques des interventions de santé et fait la promotion de la recherche de données sous forme d'études cliniques et d'autres études des interventions.

3.3.1 Examen de RAND

En 2001, RAND a publié *The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States* (Ridgely, M. Susan, 2001), qui était le premier examen des données probantes sur l'efficacité du traitement obligatoire des patients externes. Un examen de données probantes est une enquête scientifique qui présente une analyse critique des études, plutôt que de simplement présenter leurs conclusions. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'équipe a examiné les lois et la jurisprudence sur les traitements obligatoires dans huit États des États-Unis choisis en raison de leur système de traitement obligatoire des patients externes, dont certains ont été rigoureusement étudiés.

Le Sénat de la Californie, qui envisageait l'adoption de nouvelles mesures législatives, a demandé à l'organisme :

- de relever et de compiler les données empiriques existantes sur l'efficacité des traitements obligatoires des patients externes et sur les solutions de rechange;
- de recueillir et d'analyser de l'information sur l'expérience d'un petit groupe d'États où le traitement obligatoire des patients externes est monnaie courante;
- d'évaluer l'effet potentiel de telles mesures législatives sur les personnes atteintes d'une maladie mentale grave en Californie.

RAND a relevé ce qu'elle a appelé deux générations de recherches sur l'efficacité. « La première génération a révélé des résultats positifs limités des traitements obligatoires des patients externes; cependant, ces études comportaient des limites méthodologiques importantes. Ces limites réduisent la confiance que nous pouvons accorder à leurs conclusions. En outre, cet ensemble de recherches n'indique pas pour qui, comment ou dans quelles circonstances les traitements obligatoires des patients externes peuvent être efficaces » [*traduction*].

RAND a relevé seulement deux études de deuxième génération. Il s'agissait d'essais cliniques aléatoires sur les traitements obligatoires de patients externes effectués à New York et en Caroline du Nord. Ces deux études présentent des conclusions conflictuelles.

> *Dans Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program* de H.J. Steadman (2001), un total de 142 participants ont été répartis de façon aléatoire: 78 ont reçu une ordonnance de traitement comprenant des services améliorés, et 64 ont reçu le train de services améliorés seulement. Les résultats observés concernent l'hospitalisation ultérieure, l'appréhension, la qualité de vie, la symptomatologie, l'infidélité au traitement et le degré de coercition perçu. Dans tous les résultats mesurés, aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes n'a été cernée. Les chercheurs préviennent qu'il faut interpréter les résultats en tenant compte du fait qu'aucune mesure d'appréhension des patients infidèles au traitement et assujettis à une ordonnance n'a été appliquée durant l'étude, ce qui compromet l'établissement d'une distinction entre les deux groupes. Ils ont également indiqué que les personnes ayant des antécédents de violence étaient exclues de l'étude.

Selon les conclusions de RAND, « les chercheurs de New York n'ont trouvé aucune différence significative en ce qui concerne l'hospitalisation ultérieure, l'appréhension, la qualité de vie, les symptômes psychiatriques, l'itinérance ou tout autre résultat entre le groupe formé de patients en cure obligatoire et le groupe de ceux qui ont reçu des

traitements sans ordonnance. Cependant, un certain nombre de facteurs limitatifs (p. ex., petit échantillon, groupes de comparaison non équivalents, absence de mesures d'exécution des ordonnances), peuvent avoir faussé les constatations de l'étude de New York et rendu difficile l'établissement de conclusions définitives » [*traduction*].

> *Dans le cadre de l'étude intitulée A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina,* dont les résultats sont présentés par M.S. Swartz (2001), un total de 331 patients hospitalisés en cure obligatoire qui attendaient leur mise en congé en vertu de l'internement des patients externes ont été répartis de façon aléatoire dans deux groupes : un groupe de patients libérés et un groupe de patients externes internes. Chaque groupe a bénéficié de services de gestion de cas et d'un traitement à l'intention des patients externes. Les participants des deux groupes ont été suivis pendant un an. La plupart des analyses bidimensionnelles ont indiqué qu'abstraction faite de la durée de l'ordonnance, le groupe de patients externes internes et le groupe témoin ne présentaient pas de différence importante. Cependant, les patients qui étaient assujettis à un internement prolongé et qui ont reçu des soins relativement intensifs ont présenté un taux inférieur d'admission à l'hôpital et des hospitalisations de plus courte durée, et étaient plus enclins à se conformer aux traitements en communautaire et moins enclins à devenir violents ou à être maltraités. La prolongation de l'internement des patients externes permet également de réduire le taux d'arrestation des participants présentant des antécédents de multiples hospitalisations et arrestations. L'intervention s'est révélée particulièrement efficace chez les personnes présentant un trouble psychotique. CONCLUSIONS : L'internement des patients externes peut améliorer les résultats du traitement lorsque l'ordonnance du tribunal est prolongée et jumelée à des soins relativement intensifs en milieu communautaire. Une ordonnance du tribunal ne remplace pas à elle seule un traitement efficace dans l'amélioration des résultats.

RAND tire la conclusion suivante : « Contrairement à l'étude de New York, l'étude de Duke, la meilleure des deux, porte à croire qu'une ordonnance prolongée d'internement de patient externe (180 jours ou plus), *combinée à des soins de santé mentale intensifs* peut accroître la fidélité au traitement et réduire les risques de résultats négatifs, comme une rechute, un comportement violent, les mauvais traitements ou une arrestation. Selon les chercheurs de Duke, les deux facteurs prédominants associés à une réduction de la récidivité et à l'amélioration des résultats chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave semblent être un traitement de santé mentale intensif et un suivi accru pendant une période plus longue. Dans l'étude de Duke, seules les personnes ayant fait l'objet d'une ordonnance et ayant reçu des services de santé mentale intensifs ont présenté des résultats améliorés. *Il n'a pas été déterminé si une ordonnance sans traitement intensif permet d'obtenir de meilleurs résultats* » [*traduction*].

RAND émet d'autres réserves quant aux conditions dans lesquelles l'étude s'est déroulée.

- Le groupe expérimental peut avoir reçu davantage de services dispensés aux patients externes et peut les avoir reçus de façon plus régulière.
- L'exécution a été faite d'une façon qui peut ne pas correspondre à la réalité.
- L'échantillon comprenait uniquement des patients provenant directement de l'hôpital et aucun provenant directement de la collectivité.
- Il faut user de prudence avant d'émettre des conclusions au sujet des effets de la durée de l'internement, car elle n'était pas aléatoire.

RAND tire la conclusion suivante : « Contrairement aux rares études sur le traitement obligatoire des patients externes, notre étude documentaire a démontré clairement que des traitements de santé mentale en milieu communautaire peuvent donner de bons résultats chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. La question à laquelle la recherche ne permet pas de répondre jusqu'à présent est de savoir si les traitements obligatoires et les traitements volontaires dispensés aux patients externes produisent d'aussi bons résultats. Par définition, le traitement obligatoire des patients externes sous-entend une intervention thérapeutique. Par conséquent, aucune étude ne prouve qu'une ordonnance de traitement de patient externe *en soi* agit de façon indépendante sur les résultats. Aucun essai clinique aléatoire n'a examiné l'efficacité relative du traitement obligatoire des patients externes comparativement à celle des traitements communautaires dynamiques, la solution de rechange connue pour offrir les meilleurs résultats aux personnes atteintes d'une grave maladie mentale. Par ailleurs, les équipes de traitement communautaire dynamique emploient des méthodes de surveillance et de supervision de haut niveau, semblables à celles utilisées pour surveiller les patients externes en cure obligatoire, mais sans l'élément coercitif qu'ajoute une ordonnance d'un tribunal. Nous ne sommes pas parvenus à savoir si une telle forme de supervision et de surveillance est aussi efficace » [*traduction*].

3.3.2 Examen de la Collaboration Cochrane

Stephen Kisely de l'université Dalhousie a dirigé l'équipe de la Collaboration Cochrane qui a entrepris un examen systématique et une méta-analyse de l'efficacité des traitements obligatoires dispensés aux patients externes à partir d'essais aléatoires et non aléatoires (Kisely, S., 2005). Heureusement, les résultats de cet examen systématique sont maintenant disponibles. Un examen systématique est une enquête exhaustive sur un sujet pour lequel toutes les principales études des données scientifiques probantes du plus haut niveau ont été relevées, évaluées et résumées selon une méthodologie précise et reproductible. Une méta-analyse est une enquête dans laquelle tous les résultats de toutes les études qui y sont incluses sont assez semblables statistiquement pour être regroupés et analysés comme s'il s'agissait d'une seule étude. En règle générale, un bon examen systématique ou une bonne méta-analyse seront de meilleurs guides de pratique qu'un article unique.

La Collaboration Cochrane a trouvé seulement deux essais cliniques aléatoires, les mêmes que ceux examinés par RAND. Elle a effectué une méta-analyse des données des études réalisées à New York et en Caroline du Nord. Elle a utilisé le modèle suivant pour analyser les résultats :

A. Résultats des services de santé
- 1. Prise de contact et utilisation des services de santé
  - 1.1 Admission à l'hôpital
  - 1.2 Nombre moyen de journées d'hospitalisation par mois
  - 1.3 Maintien du contact avec les services de psychiatrie – abandon hâtif de l'étude

B. Résultats pour les patients
- 2. Adaptation sociale
  - 2.1 Généralités
  - 2.2 Spécifique – emprisonnement, rapport avec la police et arrestations*
  - 2.3 Spécifique – emploi
  - 2.4 Spécifique – type de logement
- 3. État mental
  - 3.1 Généralités
  - 3.2 Spécifique – psychopathologie
- 4. Qualité de vie
  - 4.1 Généralités
  - 4.2 Estime de soi
- 5. Satisfaction
  - 5.1 Nombre de besoins de soins énoncés
  - 5.2 Satisfaction du patient
  - 5.3 Satisfaction des fournisseurs de soins
  - 5.4 Coercition perçue

La Collaboration Cochrane a trouvé peu de preuves que les traitements obligatoires en milieu communautaire étaient efficaces pour les résultats indiqués. « Il semble que les traitements obligatoires en milieu communautaire n'entraînent aucune différence importante dans l'utilisation des services, l'adaptation sociale ou la qualité de vie comparativement aux soins normaux. Il n'existe actuellement aucune preuve de rentabilité. Les personnes recevant des traitements obligatoires en milieu communautaire étaient, cependant, moins susceptibles d'être victimes d'actes criminels avec ou sans violence. Il est, néanmoins, difficile de concevoir un autre groupe de la société qui serait soumis à des mesures qui entravent la liberté de 85 personnes pour éviter une admission à l'hôpital ou de 238 personnes pour éviter une arrestation » [*traduction*].

La Collaboration Cochrane tire les conclusions suivantes :

1. ***Pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave***
Les patients et les fournisseurs de soins devraient remettre en question les raisons d'opter pour un traitement obligatoire en milieu communautaire et intervenir en faveur de traitements plus efficaces.

2. ***Pour les cliniciens***
Les cliniciens et les responsables de la planification des soins de santé qui désirent réduire le nombre d'hospitalisations devraient envisager des moyens de rechange pour lesquels il existe de meilleures preuves d'efficacité, comme les traitements communautaires dynamiques.

3. ***Pour les décideurs***
Selon les résultats de cet examen, il n'existe pas de preuves suffisantes pour corroborer les allégations concernant les traitements obligatoires en milieu communautaire qui les rendent si intéressants aux yeux des législateurs. Ils ne semblent pas réduire l'utilisation des services de santé ni améliorer l'adaptation sociale des patients. Par ailleurs, ils ne réduisent pas de façon importante la coercition perçue. Le manque de données n'a pas permis d'évaluer leurs effets sur les coûts, l'état mental et les autres aspects de la satisfaction des patients et fournisseurs de soins.

La Collaboration Cochrane a également exprimé un grand soutien à l'égard de la poursuite de la recherche, observant avec surprise que les seuls essais cliniques aléatoires concernent les traitements en milieu communautaire imposés par un tribunal, même si les ordonnances de traitement en milieu communautaire sont très utilisées dans certains territoires de compétence.

3.4 Sujet choisi dans la documentation : la coercition

La coercition est un thème central de la documentation à divers égards, principalement : la protection des droits de la personne, les risques de rupture de la relation entre le patient et le clinicien, de même que l'effet paralysant que peut avoir la coercition sur la bonne volonté du patient de recevoir des soins.

Le débat au sujet des avantages des traitements externes obligatoires par rapport aux inconvénients de la coercition n'est pas nouveau dans la documentation et dure depuis plus longtemps dans le cas du traitement obligatoire des patients hospitalisés. Par exemple, dans *Rights, wrongs, and the dilemma of coerced community treatment*, J.L. Geller (1986) écrit que « la nature coercitive du traitement soulève des questions au sujet de la violation par les psychiatres des droits de leurs patients et de la transgression des normes éthiques par rapport aux résultats favorables potentiels pour les patients ayant des antécédents psychotiques de préjudice grave, d'inconformité et de récidivité » [*traduction*].

Dans *Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue*, P. Chodoff (1984) traite du conflit entre le modèle médical et les démarches d'hospitalisation obligatoire en raison d'une maladie mentale qui tiennent compte des libertés fondamentales. Ses observations sont également pertinentes pour le débat au sujet des traitements obligatoires en milieu communautaire. Il conclut que « La collecte et l'analyse de données ne règlent pas ce conflit parce que les deux parties abordent ce problème d'un angle moral différent. Les tenants du modèle médical sont principalement influencés par des considérations utilitaristes ou conséquentialistes, tandis que les tenants des libertés fondamentales adoptent une position plus déontologique ou absolutiste. Les opinions au sujet d'enjeux comme les conditions d'hospitalisation pour préjudice grave par rapport à la nécessité médicale, le rôle relatif des droits par rapport aux obligations et l'autonomie par rapport au paternalisme peuvent être considérées comme tributaires de tels jugements de valeur ». L'article conclut qu'aucune des parties ne détient le monopole de la vérité ou du droit lorsqu'il est question d'hospitalisation obligatoire.

Dans un article invitant à la prudence intitulé, *Opening Pandora's box: the practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment* (Allen, M., 2001), les auteurs « examinent les vertus censément thérapeutiques de l'internement des patients externes et jugent qu'il n'existe pas suffisamment de preuves démontrant son efficacité. Ils soutiennent que l'internement des patients externes pourrait ne pas améliorer la sécurité publique et ne pas être plus efficace que les services volontaires. Par ailleurs, les auteurs soulignent que l'internement de patients externes pourrait nuire à la prestation de services volontaires et éloigner les clients du système de santé mentale » [*traduction*].

Coercion in the community: issues for mature treatment systems (Diamond, R.J., 1995) offre un excellent aperçu de la coercition d'un point de vue clinique. L'auteur traite de la coercition et du paternalisme dans le contexte des

traitements communautaires, de la gamme d'interventions coercitives pratiquées en milieu communautaire, des traitements imposés par un tribunal qui sont considérés comme étant à l'extrémité du continuum des interventions ainsi que des façons de réduire la nécessité de recourir à la coercition. « La coercition, quelle que soit la façon dont elle est appliquée, nuit à l'autonomie et peut nuire au sentiment d'efficacité personnelle qui rend la réhabilitation possible. Historiquement, le personnel de santé mentale a présumé qu'il savait ce qui était le mieux pour les clients. De nombreux clients obtiendraient une meilleure qualité de vie si on les aidait à atteindre leurs propres objectifs, plutôt que de les forcer à suivre la voie tracée par un thérapeute ou un gestionnaire de cas » [*traduction*].

Dans *Is involuntary outpatient commitment a remedy for community mental health service failure?*, J.D. Brown (2003) affirme pour sa part que : « Les lois sur l'internement obligatoire de patients externes existent en réponse au manque d'organisation de la prestation des services de santé mentale et à une perception d'inconformité. Ces lois tentent de forcer les patients psychiatriques à se conformer aux services de santé mentale externes. Les clients, les fournisseurs et les intervenants des services de santé mentale remettent de plus en plus en question la nécessité et la légalité de l'internement obligatoire des patients externes. Une recherche crédible révèle que l'internement obligatoire des patients externes n'offre aucun avantage important aux clients et peut accentuer la détérioration de la santé mentale. L'internement obligatoire des patients externes est difficile à mettre en œuvre, à exécuter et à évaluer correctement. Plutôt que de recourir à un plus grand nombre de mesures coercitives, les systèmes de santé mentale et les décideurs doivent veiller à offrir des services de santé mentale volontaires et accessibles. En outre, l'internement obligatoire des patients externes ne peut pas être légalement ou éthiquement justifié même si des recherches hypothétiques appuient son efficacité présumée. »

En réaction à l'adoption de la loi ontarienne sur les OTMC, le document *Community treatment orders: ethical practice in an era of magical thinking*, de B. Everett (2001) signale le potentiel de coercition ouverte et cachée et recommande des moyens d'éviter la coercition qui se présentent sous la forme de tactiques de libération, de contrats préventifs et de justice en matière de procédure.

Le document *Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals* (Swartz, M.S., 2003) fait mention d'un sondage réalisé auprès de 85 professionnels en santé mentale et de 104 personnes souffrant de troubles liés à la schizophrénie en vue d'évaluer leur expérience et leur perception relativement au traitement obligatoire et autres traitements imposés. « La réticence à suivre des traitements externes qui est associée à la peur des traitements coercitifs (obstacles aux soins liés aux traitements imposés) était plus présente chez les personnes ayant des antécédents d'hospitalisation involontaire et de traitements ordonnés par un tribunal pénal. Cependant, l'expérience d'internement obligatoire des patients externes ne semblait pas associée aux obstacles à la recherche de soins. Ces résultats portent à croire que les traitements imposés peuvent faire obstacle au traitement, mais que ces pressions exercées officieusement pour assurer la fidelité des patients peuvent également constituer d'importants obstacles » [*traduction*].

The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study (Swartz, M.S., 2002) se penche sur « la coercition signalée par des personnes atteintes de maladie mentale grave qui, dans le cadre d'une étude expérimentale, ont été choisies au hasard pour poursuivre un internement obligatoire à titre de patients externes, ou être libérées, après avoir obtenu leur congé de l'hôpital. Après l'examen de relations à deux dimensions, des analyses multivariables ont démontré des taux considérablement plus élevés de coercition signalée parmi les personnes qui ont connu des périodes plus longues d'internement obligatoire en tant que patients externes, qui étaient afro-américaines, qui étaient célibataires et qui n'étaient pas en cohabitation, et qui avaient des problèmes continus de consommation de drogue, une mauvaise conscience de leur maladie et des symptômes graves. L'étude conclut que l'internement obligatoire des patients externes a pour effet d'accroître la perception de la coercition dans le processus de traitement, ce qui s'explique partiellement par l'attention accrue qu'accordent les gestionnaires de cas au manque de conformité à un traitement » [*traduction*].

L'étude *Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program* (Steadman, H.J., 2001) révèle des résultats contradictoires. Il est fait mention de cet essai aléatoire plus en détails ailleurs. Parmi d'autres résultats, on a observé que la « perception du degré de coercition était mesurée pour le groupe expérimental, dont les membres étaient assujettis à un traitement imposé par un tribunal, qui comprenait des services améliorés, et le groupe témoin, dont les membres n'ont reçu que les services améliorés. On a constaté que la perception qu'avaient les participants de leur qualité de vie et du taux de coercition était à peu près la même » [*traduction*].

Dans *Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia* (Swartz, M.S., 2003), les auteurs « comparent différents points de vue sur l'internement des patients externes parmi quatre groupes de parties intéressées : 1) des personnes traitées pour une schizophrénie et des troubles connexes, 2) des membres de la famille des personnes atteintes de ces troubles, 3) des cliniciens traitant les personnes atteintes de ces troubles et 4) des membres du grand public. À quelques exceptions près, chaque groupe a accordé une plus grande préférence à l'évitement des hospitalisations involontaires, suivi de l'évitement de la violence interpersonnelle et du maintien de bonnes relations interpersonnelles. Aucun groupe n'a accordé une importance appréciable à l'internement des patients externes, ce qui laisse entendre que le fait d'éviter son pouvoir de coercition constitue une préoccupation moins grande comparativement aux autres résultats. Les conclusions portent à croire que ces parties intéressées sont prêtes à accepter le pouvoir de coercition de l'internement des patients externes pour obtenir de meilleurs résultats chez certaines personnes souffrant de schizophrénie et troubles connexes » [*traduction*].

Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness (Swanson, J.W., 2003) fait mention d'une étude dans laquelle des personnes hospitalisées involontairement, en attente d'une mise en congé en vertu d'un internement en tant que patients externes, ont été choisies au hasard pour être libérées ou pour poursuivre leur internement en tant que patients externes en milieu communautaire et ont été suivies pendant un an. « La qualité de vie a été évaluée au départ et au cours des 12 mois qui ont suivi. L'étude a conclu que l'internement obligatoire des patients externes, lorsqu'il se poursuit sur une longue période, exerce indirectement un effet positif sur la qualité de vie subjective des personnes souffrant d'une maladie mentale grave, mais que la coercition perçue vient amoindrir les effets positifs sur la qualité de vie. » [*traduction*]

Dans *A 'bittersweet pill to swallow': learning from mental health service users' responses to compulsory community care in England* (Canvin, K., 2002), les auteurs ont interrogé des usagers des services pour savoir s'ils comprenaient bien les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé mentale avaient émis une ordonnance de mise en congé supervisée (Supervised Discharge Orders) à leur égard ainsi que ses effets sur leur vie. Ils ont constaté que les usagers des services réagissent de façons en apparence contradictoires, acceptant et rejetant simultanément les ordonnances. « Ces réactions sont du fatalisme et de la résignation, de la dépendance, de l'appropriation, de la négociation, de la coopération, de la résistance et du rejet. » L'étude propose un modèle pour comprendre comment les usagers des services réagissent aux soins obligatoires en milieu communautaire lorsque leurs choix sont légalement limités.

4.0 Données

4.1 Données provenant de sources confirmées

Les données qui permettent de se renseigner sur chacun des clients faisant l'objet d'OTMC et leurs soins sont dispersées, fragmentées et incomplètes. Elles sont recueillies par le MSSLD dans différents secteurs du programme et conservées dans des bases de données différentes. D'autres données sur les OTMC nous ont été fournies par le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP), par la Commission du consentement et de la capacité et par des organismes offrant des services liés aux l'OTMC.

Lorsque nous le pouvions, nous avons établi des liens entre les données provenant des différentes sources selon les initiales du client, sa date de naissance et son sexe pour obtenir une vision la plus précise possible des activités relatives aux OTMC. Cette méthode permet de préserver l'anonymat des clients (nous ne connaissons pas leur identité) tout en minimisant les risques de confusion entre les données concernant deux ou plusieurs personnes. Dans le cadre de cet examen, nous n'avons utilisé les données que de façon cumulative.

Notre objectif était d'analyser et de résumer les données de façon à offrir des renseignements sur :
- les clients faisant l'objet d'OTMC et les services qu'ils reçoivent
- l'utilisation géographique des OTMC
- la prestation de conseils en matière de droits
- les décisions relatives aux demandes présentées à la Commission du consentement et de la capacité.

Nous avons également recueilli quelques données sur des patients qui reçoivent des soins en milieu communautaire hors du cadre des OTMC. Parallèlement, nous avons cherché des données sur le recours à l'autorisation de s'absenter de l'établissement psychiatrique en vertu de l'article 27 de la *Loi sur la santé mentale*.

Outre ce qui précède, nous avons affiché un sondage sur le site Web mis en ligne pour le projet au **www.etoproject.ca**. Les répondants avaient la possibilité de remplir tout le sondage en ligne ou d'en remettre une copie papier aux experts-conseils. Le site Web comprenait également un formulaire visant à recueillir les observations des organismes qui traitent avec des clients faisant l'objet d'OTMC.

Grâce à cet examen, nous avons pu déterminer sommairement ce qui sera nécessaire pour permettre une évaluation plus rigoureuse de l'utilisation des OTMC.

4.1.1 Données provenant du RASO

L'Ontario est doté d'un régime d'assurance-santé public à payeur unique. Ce payeur unique est connu sur le nom de Régime d'assurance-santé de l'Ontario. La plupart des soins psychiatriques sont payés par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario selon le principe du paiement à l'acte. Certains médecins, cependant, sont rémunérés sur une base salariale ou contractuelle. D'autres reçoivent une partie de leurs honoraires dans le cadre de forfaits. Ces frais sont appelés « honoraires à la séance ».

Les médecins payés à l'acte doivent transmettre des données concernant les services fournis en vertu d'OTMC de deux façons.

Les médecins doivent tenir une *fiche de rapport d'ordonnance de traitement en milieu communautaire* et la transmettre avec leur demande de règlement. Il s'agit d'une fiche mensuelle pour chaque patient faisant l'objet d'OTMC, pour chacun des trois codes d'honoraires des OTMC :
- K887 Délivrance – y compris remplir la formule de l'OTMC et indiquer tous les services antérieurs directement liés à la délivrance de l'OTMC
- K888 Supervision – y compris tous les services connexes à l'OTMC, à l'exception de ceux relatifs à la délivrance ou au renouvellement
- K889 Renouvellement – y compris remplir la formule de l'OTMC et indiquer tous les services antérieurs directement liés à l'OTMC

La fiche contient des données sur les services offerts, et fait la différence entre la consultation et l'évaluation, les entrevues, la thérapie permanente, la préparation du plan de traitement communautaire (PTC), les conférences et réunions, les conseils fournis par téléphone et les formulaires.

Seuls quelques médecins transmettent ces fiches régulièrement ou périodiquement. Cette situation peut être due au fait que leur transmission n'est pas directement liée au versement des honoraires par le RASO même si c'est sur elles que la facturation du médecin au RASO est censée reposer. Puisque les fiches ne sont pas toutes transmises, le personnel du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario n'a pas élaboré de méthode pour conserver électroniquement les données. Il convient de noter que les médecins qui ne sont pas tenus de transmettre de demandes de paiement à l'acte, c'est-à-dire ceux qui reçoivent un salaire ou des honoraires à la séance, ne sont obligés de remplir et de transmettre les formules relatives aux OTMC.

Ensuite, la demande de règlement à proprement parler est transmise pour les services offerts sous les codes d'honoraires K887, K888 et K889. Ces demandes de règlement sont payées au taux de 65,55 $[4] par unité d'une demi-heure (ou la majeure partie de celles-ci), selon les règles au sujet de la fréquence et d'autres facteurs.

Selon le personnel du RASO, une seule formule complète pour la délivrance ou le renouvellement des OTMC est transmise une fois par client, par médecin, par délivrance ou par renouvellement au cours d'une période de six mois selon les interventions prises en considération séparément[5]. En outre, la fiche de rapport d'OTMC remplie pour chaque code doit accompagner chaque demande de règlement de services présentée à l'assurance-santé. La fiche doit être transmise tous les mois pour chaque code d'honoraires et une copie doit être versée au dossier médical permanent du patient. Chaque médecin est tenu de remplir tous les mois une fiche de rapport d'OTMC indiquant la date et la durée de chaque activité assurée liée à chaque code d'honoraires. Chaque médecin prenant directement part à la prestation de services en vertu d'OTMC doit remplir la fiche de rapport d'OTMC pour chaque mois de l'année civile.

Nous avons comparé les données du RASO à celles tirées de la *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)*. Cette comparaison nous a permis d'identifier un certain nombre de médecins qui n'ont soumis aucune de ces formules ou très peu à l'égard de leurs services de délivrance ou de renouvellement d'OTMC.

Tableau 2 : Médecins présentant des demandes de règlement au Régime d'assurance-santé de l'Ontario et qui ont transmis quelques *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* ou aucune.

Spécialisation	Nombre de médecins	Code d'honoraires du Régime d'assurance-santé de l'Ontario[6]		
		K887 (Délivrance d'OTMC)	K888 (Supervision d'OTMC)	K889 (Renouvellement d'OTMC)
Quelques fiches de rapport d'OTMC ont été transmises :				
Omnipraticiens	2	X	X	X
Psychiatres	37	X	X	X
Total partiel	39			
Aucune fiche de rapport d'OTMC n'a été transmise :				
Omnipraticiens	27	X	X	X
Psychiatres	6		X	X
Autre[7]	4	X	X	
Total partiel	37			
Total	76			

[4] Honoraires professionnels des médecins, 1er octobre 2005.
[5] Interventions prises en considération séparément (code IC) : Les services répertoriés dans le document OHIP Schedule of Benefits sans honoraires précis sont assortis du code « IC » et sont pris en considération séparément par le médecin consultant.
[6] Tous les médecins ou certains d'entre eux ont présenté une demande de règlements pour ces services.
[7] Selon les dossiers actuels de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, comprend un spécialiste en médecine interne/hématologie (un patient en 2003), un chirurgien généraliste (trois patients en 2003), un spécialiste en obstétrique et gynécologie (cinq patientes en 2001) et un spécialiste en médecine interne/maladies infectieuses (71 patients entre 2001 et 2003).

Les données manquantes créent un écart dans la base de données des *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* du MSSLD. Nous avons inclus les données relatives aux codes K887 et K889 dans notre analyse des données sur les OTMC (voir la section 4.1.2.1). Les honoraires médicaux facturés sous le code K888 ne nécessitent pas la transmission d'une *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* au MSSLD. Cependant, à quelques reprises, un médecin a présenté une demande de règlement pour des services de supervision alors qu'il n'y avait aucune OTMC consignée dans la base de données.

4.1.2 Base de données sur les formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)

4.1.2.1 Renseignements généraux

La *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OMTC)* a été conçue pour faciliter l'examen exigé par le projet de loi 68.

La Direction des finances et de la gestion de l'information, Division des services en matière de soins actifs du MSSLD, s'occupe de sa mise à jour. Le personnel du MSSLD entre les données figurant sur ces formules dans une base de données MS Access. L'exactitude et l'exhaustivité des formules n'ont pas toujours été vérifiées au cours de la période visée par l'examen. Par exemple, la date de naissance a été omise sur quatre formules de 2004 (dans ces cas, le système indique par défaut 1800 01 01) et quelques erreurs de transcription ont été relevées. Nous avons appris que différentes personnes avaient entré ces données entre 2001 et 2004, et que cela peut avoir contribué à la présence d'erreurs. Apparemment, la même personne saisit les données depuis décembre 2004 et tente de s'assurer de leur exactitude. Cependant, puisque certaines formules sont remplies électroniquement et d'autres à la main, les renseignements soumis ne sont pas toujours clairs.

En outre, le MSSLD ne reçoit pas les formules relatives à toutes les OTMC. Certains médecins et autres personnes responsables de les transmettre ne le font pas (voir la section 4.1.1). Par ailleurs, nous avons appris en passant qu'au moins un organisme ne soumet pas les formules au MSSLD si les clients le leur demandent par souci de protection des renseignements personnels.

Entre le 1er décembre 2000 et le 28 février 2005, 1 777 formules ont été entrées dans la base de données des *formules de renseignements de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* du MSSLD.

Tableau 3 : Nombre de *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire* entrées, par année

Année	Nombre de formules d'OTMC			
	Première délivrance	Renouvellement	Délivrance ultérieure	Total
Décembre 2000	3			3
2001	103	5	2	110
2002	282	66	18	366
2003	276	132	50	458
Total	664	203	70	937
2004	437	176	103	716
Janvier-février 2005	58	33	21	112
Date non trouvée dans la base de données	1	3		4
Duplicatas possibles				8
Total				1 777

La comparaison entre cette base de données et les dossiers du RASO pour la période du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003 révèle que 305 autres formules concernant la délivrance d'une OTMC (code K887 de l'OHIP

Schedule of Benefits) et 52 autres formules concernant le renouvellement d'une OTMC (code K889 de l'OHIP Schedule of Benefits) auraient dû être transmises.

Cela porte le nombre de premières délivrances, de renouvellements et de délivrances ultérieures de 937 à 1 294 entre le 1er décembre 2000 et le 31 décembre 2003.

Par ailleurs, nous avons recensé de nombreux cas où la Commission du consentement et de la capacité a tenu des audiences sans que l'OTMC ait été consignée dans la base de données des *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)*.

4.1.2.2 Âge, sexe et emplacement géographique des clients faisant l'objet d'OTMC (y compris les clients du RASO qui ne sont pas inscrits dans la base de données du MSSLD)

Les 1 294 OTMC émises entre le 1er décembre 2000 et le 31 décembre 2003 correspondent à 816 clients. Le tableau suivant résume les données selon l'âge, le sexe et l'emplacement géographique de l'hôpital ou de l'organisme où l'OTMC a été délivrée.

Tableau 4 : Clients faisant l'objet d'OTMC par âge et sexe (du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003)

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Nombre de clients :			
15 ans	1	1	2
de 16 à 20 ans	15	6	21
de 21 à 30 ans	112	33	145
de 31 à 40 ans	115	95	210
de 41 à 50 ans	99	107	206
de 51 à 60 ans	55	46	101
de 61 à 70 ans	20	37	57
Plus de 70 ans	26	48	74
Total	443	373	816
Pourcentage de clients dans les groupes d'âge :			
15 ans	0 %	0 %	0 %
de 16 à 20 ans	3 %	2 %	3 %
de 21 à 30 ans	25 %	9 %	18 %
de 31 à 40 ans	26 %	25 %	26 %
de 41 à 50 ans	22 %	29 %	25 %
de 51 à 60 ans	12 %	12 %	12 %
de 61 à 70 ans	5 %	10 %	7 %
Plus de 70 ans	6 %	13 %	9 %
Total	100 %	100 %	100 %
Proportion Homme/Femme			
Total	54 %	46 %	100 %

Tableau 5 : Clients faisant l'objet d'OTMC par sexe, par emplacement de l'hôpital/organisme (du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003)

Nom de la région[8]	Nombre de clients		
	Hommes	Femmes	Total
Nombre de clients :			
Centre-Est	44	31	75
Centre-Sud	21	12	33
Centre-Ouest	43	23	66
Est	47	31	78
Nord	42	43	85
Sud-Ouest	47	34	81
Toronto	202	199	401
Totaux	*446	373	819
Pourcentage de clients :			
Centre-Est	10 %	8 %	9 %
Centre-Sud	5 %	3 %	4 %
Centre-Ouest	10 %	6 %	8 %
Est	11 %	8 %	10 %
Nord	9 %	12 %	10 %
Sud-Ouest	11 %	9 %	10 %
Toronto	45 %	53 %	49 %
Totaux	100 %	100 %	100 %

* Ce total comprend trois personnes de plus que le total des hommes du tableau précédent, parce que dans trois cas, le client a obtenu son renouvellement dans un emplacement différent de celui où l'OTMC a été délivrée (Toronto/Centre-Ouest, Toronto/Centre-Est et Sud-Ouest/Centre-Ouest).

4.1.2.3 Sommaires des données du MSSLD et des OTMC du RASO (du 1er décembre 2000 au 31 décembre 2003)

Tableau 6 : Total des OTMC par région de planification de la santé, par année

Nom de la région[9]	Nombre d'OTMC				
	2000	2001	2002	2003	Total
Centre-Est		15	53	33	101
Centre-Sud		18	17	17	51
Centre-Ouest	1	3	41	56	101
Est		8	44	77	129
Nord		6	46	75	127
Sud-Ouest		17	59	87	163
Toronto	7	132	240	243	622
Totaux	8	199	499	588	1 294

[8] Voir la section 9.4 pour consulter la liste des régions de planification du MSSLD et des comtés qui les composent.
[9] Voir la section 9.4 pour consulter la liste des régions de planification du MSSLD et des comtés qui les composent.

Le tableau suivant offre un aperçu de l'utilisation des OTMC par hôpital ou organisme dans les régions de planification de la santé de l'Ontario.

Tableau 7 : Sommaire des OTMC par hôpital ou organisme, par année

Hôpital ou organisme	Région	Nombre d'OTMC :				
		2000	2001	2002	2003	Total
Lakeridge Health Corporation d'Oshawa	C-E					10
Hôpital de Markham Stouffville	C-E					[10]*
Centre de santé mentale de Penetanguishene (500 Church)	C-E					28
Hôpital général de Penetanguishene	C-E					*
Centre de santé régional de Peterborough	C-E					*
Rouge Valley Health System d'Ajax	C-E					10
Hôpital Royal Victoria de Barrie	C-E					26
Centre de santé régional Southlake de Newmarket	C-E					8
Centre de santé mentale de Whitby	C-E					*
Total partiel du Centre-Est			**9**	**47**	**32**	**88**
Brant Community Healthcare System de Brantford	C-S					*
Greater Niagara General Hospital Niagara Falls	C-S					*
Hamilton Health Sciences Corporation	C-S					*
Hôpital général de St. Catharines	C-S					7
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton	C-S					14
Hôpital St-Joseph de Hamilton	C-S					*
Wellington Psychiatric Outreach Program de Hamilton	C-S					*
Total partiel du Centre-Sud			**11**	**14**	**15**	**40**
Hôpital Credit Valley de Mississauga	C-O					22
Services de santé Halton d'Oakville	C-O					*
Centre de santé Homewood de Guelph	C-O					*
Centre de santé Trillium de Mississauga	C-O					21
Centre de santé William Osler de Brampton	C-O					42
Total partiel Centre-Ouest			**3**	**35**	**54**	**92**
Centre de santé et services communautaires de Carlington, Ottawa	E					10
Hôpital général de Cornwall	E					*
Services de santé mentale communautaire Frontenac de Kingston	E					*
Hôpital Montfort d'Ottawa	E					*
Hôpital Hôtel Dieu Hospital de Kingston	E					*
Centre de soins continus de la Providence de Kingston	E					*
Quinte Healthcare Corporation de Belleville	E					*
Services de santé Royal Ottawa (Brockville)	E					7
Services de santé Royal Ottawa (Ottawa)	E					46

[10] *Indique des volumes de six OTMC ou moins, qui ont été supprimées pour des motifs de confidentialité.

Hôpital ou organisme	Région	Nombre d'OTMC :				
		2000	2001	2002	2003	Total
L'Hôpital d'Ottawa	E					30
Total partiel de l'Est			**3**	**37**	**70**	**110**
Équipe de traitement communautaire dynamique de district, Kenora	N					*
Hôpital psychiatrique Lakehead, Thunder Bay	N					7
Hôpital du district de Lake of the Woods, Kenora	N					*
Hôpital psychiatrique de North Bay	N					17
Centre de santé mentale du Nord-Est, Sudbury	N					57
Hôpital général de Sault Ste. Marie	N					22
Hôpital régional de Sudbury	N					7
Hôpital régional de Thunder Bay (McKellar)	N					9
Hôpital de Timmins et du district	N					*
Total partiel du Nord			**6**	**46**	**74**	**126**
Équipe de traitement communautaire dynamique de Fergus	S-O					*
Équipe de traitement communautaire dynamique Essex, Windsor	S-O					*
Hôpital Hôtel-Dieu Grace de Windsor	S-O					40
London Health Sciences Centre (Commissioners)	S-O					*
Mercare Homes Inc., Strathroy	S-O					*
Équipe de traitement communautaire dynamique de Sarnia	S-O					*
Centre régional de santé mentale de London (Highbury)	S-O					28
Centre régional de santé mentale de St. Thomas	S-O					*
St. Joseph's Health Care, London	S-O					20
St. Joseph's Health Care, London (St. Thomas)	S-O					16
Hôpital général de Stratford	S-O					7
Total partiel du Sud-Ouest			**16**	**45**	**61**	**122**
Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto	T					25
Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto	T					28
Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto	T					*
Équipe de traitement communautaire dynamique de Toronto	T					*
Hôpital régional Humber River de Toronto	T					7
Hôpital régional Humber River de Toronto (Keele)	T					50
Hôpital Mount Sinai de Toronto	T					*
Hôpital général de North York de Toronto (Branson)	T					*
Hôpital général de North York de Toronto (Leslie)	T					82
Services de santé mentale Reconnect de Toronto	T					*

Hôpital ou organisme	Région	Nombre d'OTMC :				
		2000	2001	2002	2003	Total
Rouge Valley Health System, Toronto	T					35
Salvation Army Grace Hospital, Toronto	T					*
Centre de santé de St-Joseph, Toronto	T					63
Hôpital St-Michael, Toronto	T					*
Centre des sciences de la santé Sunnybrook & Women's College, Toronto	T					*
The Scarborough Hospital, Toronto (général)	T					7
The Scarborough Hospital, Toronto (Grace)	T					14
Toronto East General et Orthopaedic Hospital	T					7
Réseau universitaire de santé de Toronto (General)	T					*
Réseau universitaire de santé de Toronto (Western)	T					8
Centre de santé William Osler de Toronto (Etobicoke)	T					*
Total partiel de Toronto		**3**	**60**	**143**	**153**	**359**
Total partiel des régions		**3**	**108**	**367**	**459**	**937**
Médecins présentant des demandes de règlement au régime d'assurance-santé de l'Ontario et qui ont transmis quelques formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) ou aucune formule d'OTMC n'a été transmise au MSSLD.		5	91	132	129	357
Total des OTMC		**8**	**199**	**499**	**588**	**1 294**

Les tableaux suivants offrent une comparaison interrégionale du recours aux OTMC en situant le nombre d'OTMC délivrées en 2003 par rapport au nombre de jours d'hospitalisation dans des hôpitaux psychiatriques et à la population âgée de 15 ans et plus. Ces rapports ont été choisis parce que le MSSLD disposait de ces renseignements dans ses bases de données. Nous aurions également désiré utiliser le nombre d'OTMC sur 1 000 sorties de patients en santé mentale. Cependant, les hôpitaux ne sont pas tenus de faire une distinction entre ses divers programmes lorsqu'ils communiquent chaque mois le nombre de sorties de patients au MSSLD.

Tableau 8 : OTMC de 2003 par région, par 1 000 jours-patients en santé mentale et par 100 000 personnes âgées de plus de 15 ans

Région	Nombre d'OTMC (2003)	Jours-patients en santé mentale		*Population âgée de 15 ans et plus	
		Nombre	OTMC/ 1 000	Nombre	OTMC/ 100 000
Centre-Est	32	239 827	0,13	1 753 280	1,83
Centre-Sud	15	109 497	0,14	980 130	1,53
Centre-Ouest	54	870 210	0,06	1 858 450	2,91
Est	70	268 975	0,26	1 355 490	5,16
Nord	74	159 103	0,47	714 860	10,35
Sud-Ouest	61	221 221	0,28	1 278 540	4,77
Toronto	153	310 576	0,49	2 165 280	7,07
Total	459	2 179 409	0,21	10 106 030	4,54

*Données démographiques en date de juillet 2004 (ministère des Finances de l'Ontario)

Tableau 9 : Qui a consenti aux OTMC?

Année	Consentement par le client			Consentement par le mandataire spécial			Totaux partiels	Non indiqué	Total des OTMC
	Hommes	Femmes	Total	Clients	Clientes	Total			
Nombre :									
2000	2		2	1		1	3		3
2001	28	21	49	40	20	60	109		109
2002	114	86	200	83	81	164	364	2F	366
2003	144	84	228	122	105	227	455	2F 2H	459
Totaux	288	191	479	246	206	452	931	4F 2H	937

Tableau 10 : Qui a consenti aux OTMC – pourcentage selon les totaux des clients et des mandataires spéciaux

Année	Consentement par le client		Consentement par le mandataire spécial		Totaux	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2000	2	67 %	1	33 %	3	100 %
2001	49	45 %	60	55 %	109	100 %
2002	200	55 %	164	45 %	364	100 %
2003	228	50 %	227	50 %	455	100 %
Totaux	479	52 %	452	48 %	931	100 %

Tableau 11 : Qui a consenti aux OTMC – clients et mandataires spéciaux, pourcentage par sexe

Année	Hommes		Femmes		Totaux	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Consentement par le client						
2000	2	100 %	0	0 %	2	100 %
2001	28	57 %	21	43 %	49	100 %
2002	114	57 %	86	43 %	200	100 %
2003	144	63 %	84	37 %	228	100 %
Totaux	288	60 %	191	40 %	479	100 %
Consentement par le mandataire spécial						
2000	1	100 %	0	0 %	1	100 %
2001	40	67 %	20	33 %	60	100 %
2002	83	51 %	81	49 %	164	100 %
2003	122	54 %	105	46 %	227	100 %
Totaux	246	54 %	206	46 %	452	100 %

Tableau 12 : Qui a consenti aux OTMC – par région

Région	2000		2001		2002		2003		Totaux
	Client	MS	Client	MS	Client	MS	Client	MS	
Nombre d'OTMC :									
Centre-Est			5	4	34	13	28	4	88
Centre-Sud			5	7	7	7	9	3	38
Centre-Ouest			2	1	29	6	39	15	92
Est			1	2	15	21	31	41	111
Nord			3	3	30	16	45	28	125
Sud-Ouest			5	11	20	26	28	33	123
Toronto	2	1	28	32	65	75	48	103	354
Totaux	2	1	49	60	200	164	228	227	931
Pourcentages :									
Centre-Est			56 %	44 %	72 %	28 %	88 %	13 %	
Centre-Sud			42 %	58 %	50 %	50 %	75 %	25 %	
Centre-Ouest			67 %	33 %	83 %	17 %	72 %	28 %	
Est			33 %	67 %	42 %	58 %	43 %	57 %	
Nord			50 %	50 %	65 %	35 %	62 %	38 %	
Sud-Ouest			31 %	69 %	43 %	57 %	46 %	54 %	
Toronto	67 %	33 %	47 %	53 %	46 %	54 %	32 %	68 %	
Totaux	67 %	33 %	45 %	55 %	55 %	45 %	50 %	50 %	

Tableau 13 : Nombre d'OTMC délivrées et renouvelées (y compris les *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* et les clients du RASO qui ne font pas partie de la base de données du MSSLD)

Année	Base de données du MSSLD				Régime d'assurance-santé de l'Ontario			Total des OTMC
	Première délivrance	Renou-vellement	Délivrance ultérieure	Total des OTMC	Délivrance	Renou-vellement	Total des OTMC	
2000	3			3	5		5	8
2001	102	5	2	109	79	11	90	199
2002	282	66	18	366	120	13	133	499
2003	277	132	50	459	102	27	129	588
Totaux				937			357	1 294

Tableau 14 : Nombre d'hospitalisations en psychiatrie par client au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC actuelle

Année	Total des OTMC	Nombre d'hospitalisations en psychiatrie par client :										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	33	0 ou inconnu*
Nombre :												
2000	3	2		1								
2001	109	47	31	14		1			1	1		14
2002	366	173	87	30	13	1	1		2			59
2003	459	189	94	28	9	5		1		1	1	131
Total	937	411	212	73	22	7	1	1	3	2	1	204
Pourcentage du total des hospitalisations :												
2000	100 %	67 %		33 %								
2001	100 %	43 %	28 %	13 %		1 %			1 %	1 %		13 %
2002	100 %	47 %	24 %	8 %	4 %				1 %			16 %
2003	100 %	41 %	21 %	6 %	2 %	1 %						29 %
Total	100 %	44 %	23 %	8 %	2 %	1 %						22 %
Pourcentage d'hospitalisations (excluant 0 ou inconnu) :												
2000	100 %	67 %		33 %								
2001	100 %	49 %	33 %	15 %		1 %			1 %	1 %		
2002	100 %	56 %	28 %	10 %	4 %				1 %			
2003	100 %	58 %	29 %	9 %	3 %	2 %						
Total	100 %	56 %	29 %	10 %	3 %	1 %						

*Les directives du MSSLD pour la *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* comprennent l'énoncé suivant : Nombre total de fois où le patient a été admis dans un service psychiatrique au cours des six mois qui ont précédé la date de délivrance de l'OTMC actuelle. Par conséquent, la colonne « 0 ou inconnu » comprend un nombre inconnu de clients faisant l'objet d'OTMC, dont une a été renouvelée, et qui n'ont pas été hospitalisés au cours de la durée de l'OTMC précédente.

Tableau 15 : Services reçus par un client faisant l'objet d'OTMC au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC actuelle

	Total des OTMC	Services psychiatriques aux patients hospitalisés	Consultations externes - service psychiatrique/santé mentale	Gestion de la médication/clinique	Intervention en cas de crise	Traitement communautaire dynamique	Traitement de la toxicomanie	Psychiatre du secteur privé	Logement supervisé	Soins médicaux non psychiatriques	Programme communautaire de santé mentale	Salle d'urgence	Aucun	Ne sais pas	Autre
		Nombre de clients ayant reçu chaque service* :													
2000		3	2	1	1	1			1	1		2			
2001		100	35	14	33	24	4	13	12	13	23	30			11
2002		273	129	39	50	60	7	31	36	34	100	78	7	1	36
2003		285	156	54	45	92	2	47	56	32	140	72	12	4	45
Total		661	322	108	129	177	13	91	105	80	263	182	19	5	92
		Pourcentage de clients ayant reçu chaque service :													
2000	3	100 %	67 %	33 %	33 %	33 %			33 %	33 %		67 %			
2001	109	92 %	32 %	13 %	30 %	22 %	4 %	12 %	11 %	12 %	21 %	28 %			10 %
2002	366	75 %	35 %	11 %	14 %	16 %	2 %	8 %	10 %	9 %	27 %	21 %	2 %		10 %
2003	459	62 %	34 %	12 %	10 %	20 %		10 %	12 %	7 %	31 %	16 %	3 %	1 %	10 %
Total	937	71 %	34 %	12 %	14 %	19 %	1 %	10 %	11 %	9 %	28 %	19 %	2 %	1 %	10 %

*Puisque certains clients ont reçu plus d'un type de service au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC actuelle, la somme du nombre de clients ayant reçu chaque service est plus élevée que le total de clients par année.

Tableau 16 : Services à inclure dans la présente OTMC

Date	Total des OTMC	Consultations externes - service psychiatrique/santé mentale	Intervention en cas de crise	Gestion de la médication/clinique	Traitement communautaire dynamique	Gestion des cas	Logement supervisé	Traitement de la toxicomanie	Psychiatre du secteur privé	Soins médicaux non psychiatriques	Programme communautaire de santé mentale	Autres services
		Nombre de clients ayant reçu chaque service :										
2000		2			2	1	1		1			
2001		69	7	27	34	43	19	10	11	14	25	20
2002		226	22	102	84	202	51	18	41	43	132	30
2003		263	41	94	132	229	69	7	56	39	134	68
Total		560	70	223	252	475	140	35	109	96	291	118
		Pourcentage de clients ayant reçu chaque service :										
2000	3	67 %			67 %	33 %	33 %		33 %			
2001	109	63 %	6 %	25 %	31 %	39 %	17 %	9 %	10 %	13 %	23 %	18 %
2002	366	62 %	6 %	28 %	23 %	55 %	14 %	5 %	11 %	12 %	36 %	8 %
2003	459	57 %	9 %	20 %	29 %	50 %	15 %	2 %	12 %	8 %	29 %	15 %
Total	937	60 %	7 %	24 %	27 %	51 %	15 %	4 %	12 %	10 %	31 %	13 %

Tableau 17 : Clients faisant l'objet d'OTMC qui ont eu des rapports avec la justice au cours des six mois qui ont précédé la présente OTMC

Date	Total des OTMC	Arrestations aux termes de la Loi sur la santé mentale	Arrestations aux termes du Code criminel	Incarcérations	Probations et (ou) libérations conditionnelles	Victimes d'un crime	Déjudiciarisations	Aucun	Ne sais pas	Autre rapport avec la justice
		Nombre de clients par type de rapport avec la justice :								
2000		1	1	2	2		1			1
2001		44	16	5	26		3	42	3	6
2002		144	23	14	24	1	12	167	27	18
2003		178	14	6	27	1	9	228	25	13
Total		369	54	27	79	2	25	437	55	38
		Pourcentage de clients par type de rapport avec la justice :								
2000	3	33 %	33 %	67 %	67 %		33 %			33 %
2001	109	42 %	15 %	5 %	24 %		3 %	39 %	3 %	6 %
2002	366	39 %	6 %	4 %	7 %		3 %	46 %	7 %	5 %
2003	459	39 %	3 %	1 %	6 %		2 %	50 %	5 %	3 %
Total	937	39 %	6 %	3 %	8 %		3 %	47 %	6 %	4 %

Tableau 18 : Diagnostics psychiatriques posés avant la présente OTMC

Date	Total des OTMC	Schizophrénie	Trouble schizo-affectif	Trouble bipolaire	Autre trouble psychotique	Trouble lié à la toxicomanie/à l'alcoolisme	Dépression	Trouble de la personnalité	Trouble du développement	Autres troubles
		Nombre de clients faisant l'objet de chaque diagnostic psychiatrique :								
2000		3				1				
2001		68	21	12	6	10	2	4		6
2002		236	56	60	13	21	9	14	8	16
2003		323	60	53	13	19	6	10	4	15
Total		630	137	125	32	51	17	28	12	37
		Pourcentage de clients faisant l'objet de chaque diagnostic psychiatrique :								
2000	3	100 %				33 %				
2001	109	62 %	19 %	11 %	6 %	9 %	2 %	4 %		6 %
2002	366	64 %	15 %	16 %	4 %	6 %	2 %	4 %	2 %	4 %
2003	459	70 %	13 %	12 %	3 %	4 %	1 %	2 %	1 %	3 %
Total	937	67 %	15 %	13 %	3 %	5 %	2 %	3 %	1 %	4 %

Tableau 19 : Conditions de logement habituelles des clients faisant l'objet d'OTMC avant la présente OTMC – le client habite avec

Date	Total des OTMC	Conjoint/ partenaire	Parent(s)	Enfant(s)	Autre membre de la famille	Personne autre que la famille	Seul	Ne sai pas
		Nombre de clients pour chaque condition de logement* :						
2000	3					2	1	
2001	109	7	31	4		16	50	1
2002	381	43	80	16	19	60	158	5
2003	475	35	92	12	26	73	218	19
Total	968	85	203	32	45	151	427	25
		Pourcentage de clients pour chaque condition de logement :						
2000	3					67 %	33 %	
2001	109	6 %	28 %	4 %		15 %	46 %	1 %
2002	366	12 %	22 %	4 %	5 %	16 %	43 %	1 %
2003	459	8 %	20 %	3 %	6 %	16 %	47 %	4 %
Total	937	9 %	22 %	3 %	5 %	6 %	46 %	3 %

*Sur certaines formules, plusieurs réponses ont été cochées, p. ex., habite avec un conjoint/partenaire et enfant(s), ce qui explique l'« excédent » de 31 (968 – 937).

Tableau 20 : Conditions de logement habituelles des clients faisant l'objet d'OTMC avant la présente OTMC – Type de logement

Date	Total des OTMC	Maison particulière/copropriété	Logement à loyer économique (appartement ou maison)	Logement subventionné à usage locatif	Gîte et couvert	Foyer de soins spéciaux	Foyer agréé	Maison de retraite/foyer pour personnes âgées	Centre pour itinérants/refuge	Établissement de correction/probation	Autre centre institutionnel sans adresse fixe	Sans abri/sans domicile fixe	Ne sais pas	Autre logement
		Nombre de clients pour chaque type de logement :												
2000				1	1		1							
2001		29	32	12	2	1	3	2	2		1	3	8	14
2002		101	130	37	21	6	9	4	8		1	3	13	33
2003		131	114	77	34	11	11	7	9		1	1	24	39
Total		261	276	127	58	18	24	13	19	0	3	7	45	86
		Pourcentage de clients pour chaque type de logement :												
2000	3			33 %	33 %		33 %							
2001	109	27 %	29 %	11 %	2 %	1 %	3 %	2 %	2 %		1 %	3 %	7 %	13 %
2002	366	28 %	36 %	10 %	6 %	2 %	2 %	1 %	2 %			1 %	4 %	9 %
2003	459	29 %	25 %	17 %	7 %	2 %	2 %	2 %	2 %				5 %	8 %
Total	937	28 %	29 %	14 %	6 %	2 %	3 %	1 %	2 %			1 %	5 %	9 %

4.1.2.4 Autres données démographiques recueillies par les programmes/coordonnateurs des OTMC

Afin d'offrir un profil plus complet des clients faisant l'objet d'OTMC, de nombreux programmes d'OTMC recueillent des données démographiques supplémentaires à celles qu'exige le MSSLD. Comme ces données sont recueillies et classées de nombreuses façons différentes, il n'était pas possible d'effectuer le recoupement pour chaque OTMC avec les données du MSSLD.

On trouvera des exemples de données supplémentaires recueillies dans le tableau suivant.

Tableau 21 : Exemples de données démographiques supplémentaires recueillies par les programmes/coordonnateurs des OTMC

Catégorie de données	Détail
Date de l'aiguillage :	
Client	Lieu de naissance
Diagnostic médical	
Sexe	Autre
État civil	Célibataire
	Marié
	Divorcé
	Veuf
	Conjoint de fait
	Séparé
Race	Autochtone / Premières nations
	Noire
	Blanche
	Asiatique du sud

Catégorie de données	Détail
	Asiatique de l'ouest
	Asiatique de l'est
	Hispanique/Latin
	Moyen-Orient
	Inconnu
	Préfère ne pas répondre
	Autre
Culture	
Religion	
Langue	Langue maternelle
	Langue préférée
Éducation	Sans scolarité
	Études secondaires non terminées
	Diplôme d'études secondaires
	Formation professionnelle
	Études collégiales/universitaires non terminées
	Diplômes d'études collégiales/universitaires
	Maîtrise
	Doctorat
	Autre
Emploi	Temps plein
	Temps partiel
	Occasionnel
	Sans emploi
	Autre
Source de revenu	
Logement	Logement privé sans but lucratif
	Établissement de soins de longue durée/maison de soins infirmiers
	Hôpital psychiatrique
	Logement supervisé
	Foyer de groupe
	Pension
Médication actuelle	Date
	Nom
	Posologie/fréquence
	Voie
	État
OTMC non délivrée	Raisons/commentaires

Nous avons relevé les données suivantes des données démographiques supplémentaires que nous ont fournies les coordonnateurs des OTMC :
Race : 53,5 pour 100 sont des Blancs, 12,6 pour 100 des Noirs, 11,7 pour 100 des Asiatiques, 3,9 pour 100 des Autochtones, 6,1 pour 100 font partie d'autres catégories et 12,2 pour 100 sont de race inconnue.
Langue : 36,6 pour 100 parlaient anglais, 6,9 pour 100 parlaient une autre langue et 56,5 pour 100 parlaient une langue non précisée.
Éducation : 33 pour 100 avaient fait des études secondaires ou obtenu un diplôme d'études secondaires, 28,7 pour 100 avaient fait des études collégiales/universitaires ou obtenu un diplôme d'études collégiales/universitaires, 4 pour 100 faisaient partie d'une autre catégorie et 34,3 pour 100 n'avaient pas précisé leur niveau d'études.

Les données ont trait à 230 clients faisant l'objet d'OTMC. Parce qu'elles sont incomplètes, ces données ne doivent pas être considérées comme représentatives de tous les clients faisant l'objet d'OTMC.

4.1.2.5 Raisons de la non-délivrance d'une OTMC

Au cours de nos entrevues, nous avons demandé aux psychiatres et à d'autres parties intéressées pour quelles raisons les OTMC n'avaient pas été délivrées ou avaient été refusées. Les résultats sont indiqués à la section 7.1.

En plus des données supplémentaires qu'ils recueillent, certains coordonnateurs d'OTMC conservent des données sur les raisons pour lesquelles les OTMC n'ont pas été délivrées ou ont été refusées.

Voici quelques exemples :
- Le client n'était pas d'accord.
- Aucun psychiatre de la collectivité ne pouvait assurer le suivi du client faisant l'objet d'OTMC.
- Problèmes de logement
- Problèmes de non-conformité
- Autorisation de sortie avant la fin du processus
- OTMC non appropriée
- Possibilité d'attentes en matière de soutien du plan de traitement en milieu communautaire
- Problèmes de médication
- Autres plans d'autorisation de sortie
- Transfert dans un autre hôpital
- Critères non respectés
- Départ de l'hôpital sans tenir compte des avis médicaux
- Charge de travail/engagement du médecin
- Délai nécessaire pour délivrer une OTMC
- Préoccupations du médecin concernant les exigences de facturation de rapport du RASO
- Préoccupations concernant la sécurité du mandataire spécial
- Préoccupations au sujet des effets négatifs sur la relation avec le client faisant l'objet d'OTMC
- Manque de preuve d'efficacité
- Préoccupations concernant la violation des droits
- Décision de la Commission du consentement et de la capacité

4.1.2.6 Renouvellement des OTMC en retard

Nous avons analysé les données entrées entre le 1er décembre 2000 et le 31 décembre 2004 dans la base de données des *dossiers d'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour déterminer les OTMC qui ont été renouvelées après la période de six mois obligatoire, plus un mois.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la qualité des données est discutable. Par conséquent, certains écarts entre les OTMC peuvent découler de celles qui ne sont pas incluses dans la base de données. Il est également possible que certains renouvellements très en retard aient été classés comme délivrances ultérieures au lieu de renouvellements.

Les tableaux sommaires suivants indiquent que :
- aucun établissement ne renouvelle régulièrement les OTMC après le délai de grâce d'un mois suivant la durée maximale de six mois d'une OTMC;
- la plupart des retards sont probablement causés par un mauvais classement en tant que renouvellement plutôt que délivrance ultérieure;
- seules quelques OTMC semblent avoir été renouvelées quelques jours après la date d'échéance, ce qui indique que les OTMC sont pratiquement toujours renouvelées à temps.

Tableau 22 : Nombre de renouvellements d'OTMC en retard par établissement de santé mentale

Établissement	Nombre
1	2
2	6
3	3
4	1
5	1
6	2
7	1
8	1
9	1
10	5

Établissement	Nombre
11	2
12	2
13	2
14	3
15	3
16	1
17	2
18	1
19	1
20	1
21	1
22	1
Total[11]	43

Tableau 23 : Répartition par jour de retard du renouvellement des OTMC

Jours	Retard de nouvellement de la première délivrance	Retard de renouvellement/délivrance ultérieure
1 à 5	5	2
6 à 10	4	
11 à 15	2	1
16 à 20		1
21 à 25	2	
26 à 30	1	
31 à 35		
36 à 40		
41 à 45		
46 à 50		
51 à 55	1	
56 à 60		
61 à 65		
66 à 70		
71 à 75		
76 à 80		
81 à 85		
86 à 90		
91 à 95		1
96 à 100		
101 à 200	9	5
200 et +	5	
Total	29	10

[11] La différence entre le nombre total des renouvellements des OTMC en retard par établissement de santé mentale et la distribution par jour de retard résulte du fait que quatre OTMC ont été renouvelées à un hôpital différent de celui où elles avaient été préalablement délivrées.

4.1.3 Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée nous a demandé de formuler des commentaires sur les mécanismes de prestation de conseils en matière de droits et leur efficacité.

L'article 33.1 de la *Loi sur la Santé mentale* prévoit qu'un médecin peut délivrer ou renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire si un certain nombre de conditions sont respectées. Le médecin doit notamment être convaincu que la personne visée par l'ordonnance et son mandataire spécial, si elle en a un, ont consulté un conseiller en matière de droits et qu'ils ont été informés des droits que leur reconnaît la Loi ou que la personne elle-même refuse de consulter un conseiller en matière de droits et que ce dernier en informe le médecin.

Le Bureau d'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP) a été institué en 1983, à titre de programme provincial visant à protéger les droits des personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux. Aujourd'hui, le Bureau offre ses services à partir de son siège social à Toronto, par l'entremise de ses bureaux situés dans les hôpitaux psychiatriques ou les anciens hôpitaux psychiatriques et par l'intermédiaire de conseillers en matière de droits travaillant à proximité des unités psychiatriques des hôpitaux communautaires qu'ils desservent. Tout le personnel du BIPEP est indépendant des établissements dans lesquels il travaille. Le BIPEP dessert les clients des dix hôpitaux psychiatriques ou anciens hôpitaux psychiatriques provinciaux et de près de 50 unités psychiatriques des hôpitaux communautaires.

Cependant, un petit nombre d'hôpitaux généraux offrent des conseils en matière de droits à l'interne.

Les tableaux qui suivent reposent sur les données fournies par le BIPEP.

Le tableau suivant illustre l'augmentation des demandes de conseils en matière de droits relatives à des ordonnances de traitement en milieu communautaire, ***auxquelles aucun mandataire spécial n'a participé***, durant les années civiles 2001 à 2004. Il est basé sur le nombre de *formules 49 - Avis d'intention de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire* émises.

Tableau 24 : Demandes de conseils en matière de droits à l'aide de la formule 49

Année	Conseillers en matière de droits du milieu communautaire			Bureaux extérieurs du BIPEP			Conseillers en matière de droits nommés par les établissements			Total
	Délivrance	Renouvellement	Total	Délivrance	Renouvellement	Total	Délivrance	Renouvellement	Total	
2001	65	0	65	40	3	43	19	10	29	137
Augmentation			371 %			37,2 %			127,6 %	213,1%
2002	222	84	306	47	12	59	58	8	66	431
Augmentation			72,5 %			54,2 %			-24,2 %	55,2 %
2003	298	230	528	79	12	91	42	8	50	669
Augmentation			32,6 %			57,1 %			10,1 %	34,2 %
2004	425	275	700	127	16	143	52	3	55	898

Ce tableau démontre que le BIPEP a pratiquement prodigué tous les conseils en matière de droits des patients faisant l'objet d'OTMC depuis 2001. Les conseillers en matière de droits nommés par les établissements desservent un nombre relativement constant de clients, alors que les exigences liées aux conseils en matière de droits ont augmenté de façon importante depuis la mise en place des OTMC en décembre 2000.

Le prochain tableau montre l'augmentation générale du nombre de formules 49 traitées par les conseillers en milieu communautaire du BIPEP durant les années civiles 2002 à 2004. Les données sont réparties en trois groupes : premières délivrances, renouvellements et demandes auxquelles a participé un mandataire spécial. Il ne comprend pas les données des formules 49 traitées par le personnel des bureaux extérieurs du BIPEP ou des conseillers en matière de droits nommés par les établissements.

Tableau 25 : Demandes de conseils en matière de droits par les patients et les mandataires spéciaux traitées par le personnel du BIPEP prodiguant des conseils en matière de droits

Année	Délivrance	Renouvellement	Mandataire spécial	Total
2002	222	84	147	453
Augmentation				80,4 %
2003	298	230	289	817
Augmentation				32,3 %
2004	425	275	381	1 081

Le tableau suivant présente le délai de traitement des formules 49 par les conseillers en milieu communautaire du BIPEP durant les années civiles 2002 à 2004. Comme le tableau précédent, il ne comprend pas les données des formules 49 traitées par le personnel des bureaux extérieurs du BIPEP ou des conseillers en matière de droits nommés par les établissements.

Tableau 26 : Délai de traitement des demandes de conseils en matière de droits par les patients et les mandataires spéciaux traitées par le personnel du BIPEP prodiguant des conseils en matière de droits[12]

	2002	Changement	2003	Changement	2004
Total :					
Dans les 3 jours	246	124,4 %	552	47,1 %	812
	57,4 %		68,4 %		75,6 %
Dans les 7 jours	119	64,7 %	196	0,5 %	197
	26,4 %		24,3 %		18,3 %
>7 jours	85	-30,6 %	59	10,2 %	65
	18,9 %		7,3 %		6,1 %
Total	450	79,3 %	807	33,1 %	1 074
	100 %		100 %		100 %
Délivrance :					
Dans les 3 jours	163	63,2 %	226	41,7 %	377
	72,8 %		89,9 %		88,9 %
Dans les 7 jours	38	-44,7 %	21	57,1 %	33
	16,9 %		7,1 %		7,8 %
>7 jours	23	-60,9 %	9	55,6 %	14
	10,3 %		3,0 %		3,3 %
Total	224	32,1 %	296	43,2 %	424
	100 %		100 %		100 %
Renouvellement :					
Dans les 3 jours	31	293,5 %	122	46,7 %	179
	38,8 %		54,2 %		65,3 %
Dans les 7 jours	27	207,4 %	83	-12,0 %	73
	33,7 %		36,9 %		26,7 %
>7 jours	22	-9,1 %	20	10,0 %	22
	27,5 %		8,9 %		8,0 %
Total	80	181,3 %	225	21,8 %	274
	100 %		100 %		100 %
Mandataire spécial :					
Dans les 3 jours	52	215,4 %	164	56,1 %	256
	35,6 %		57,3 %		68,1 %
Dans les 7 jours	54	70,4 %	92	-1,1 %	91
	37,0 %		32,2 %		24,2 %
>7 jours	40	-25,0 %	30	-3,3 %	29
	27,4 %		10,5 %		7,7 %
Total	146	95,9 %	286	31,5 %	376

[12] Les données diffèrent légèrement de celles du tableau précédent parce que les données ont été compilées à des moments différents.

	2002	Changement	2003	Changement	2004
	100 %		100 %		100 %

Ce tableau fait état d'une réduction générale du nombre de jours nécessaires pour offrir des conseils en matière de droits. Malgré l'augmentation de 140 pour 100 du nombre de demandes, le service s'est amélioré, le nombre de demandes traitées en moins de trois jours passant de 54,7 pour 100 en 2002 à 75,6 pour 100 en 2004 et le nombre de demandes traitées en plus de sept jours passant de 18,9 pour 100 en 2002 à 6,1 pour 100 en 2004. La tendance générale se maintient que la demande vise une première délivrance ou un renouvellement ou qu'un mandataire spécial participe à la demande, dans toutes les régions de l'Ontario.

Le BIPEP a expliqué qu'il y avait des limites aux conclusions qu'il était possible de tirer de ces données. Les délais de traitement sont divisés en trois catégories de demandes : délivrance (personne), renouvellement (personne) ou mandataire spécial. Cette différenciation est importante puisque chaque catégorie présente des défis particuliers lorsqu'il s'agit d'offrir des conseils en matière de droit en temps opportun. Les délais de traitement sont influencés par de nombreux facteurs. Certains sont communs aux trois catégories de demandes alors que d'autres ne touchent qu'une catégorie précise. Certains des facteurs qui influent sur le délai de réponse dans les trois catégories sont les suivants :

- les renseignements inscrits sur la formule 49 et dans le plan de traitement en milieu communautaire (PTMC) sont imprécis – besoin de clarifications de la part du demandeur;
- les modifications ont été apportées à la formule 49 ou au plan de traitement en milieu communautaire par le demandeur après la réception des originaux;
- la personne qui doit recevoir les conseils en matière de droits n'a pas reçu la formule 49 et le PTMC;
- le fait de devoir retenir les services d'un interprète;
- les erreurs dans les coordonnées de la personne qui doit recevoir les conseils en matière de droits.

Les délais de traitement des demandes de conseils en matière de droits concernant la délivrance d'une OTMC sont souvent les plus courts parce que la majorité des conseils en matière de droits offerts aux personnes pour lesquelles on envisage de délivrer une OTMC le sont pendant que la personne est hospitalisée dans un établissement psychiatrique. Cependant, il arrive que la personne ne soit pas dans l'établissement (p. ex., en congé temporaire) ou ait reçu son congé avant que le conseiller en matière de droits ait pu la rencontrer. Certaines demandes de conseils en matière de droits se rapportent à la délivrance proposée d'une OTMC alors que la personne vit dans la collectivité.

Les délais de traitement des demandes de conseils en matière de droits concernant les renouvellements sont influencés par des facteurs comme :

- le fait que la personne vit dans la collectivité et n'est pas immédiatement disponible;
- les problèmes à joindre la personne afin d'établir un rendez-vous pour lui offrir les conseils en matière de droits, p. ex., pas de téléphone, pas à la maison, ne répond pas aux messages;
- la collaboration avec le soutien en milieu communautaire pour rencontrer la personne;
- la personne ne vit pas dans une collectivité où il y a un conseiller en matière de droits, p. ex., sur une réserve;
- la recherche d'un lieu propice pour la rencontre.

Les délais de traitement des demandes de conseils en matière de droits auxquelles participent un mandataire spécial sont influencés par des facteurs comme :

- la disponibilité des mandataires spéciaux pour obtenir les conseils en matière de droits, p. ex., les fins de semaine et le soir;
- les difficultés à joindre les mandataires spéciaux, p. ex., ne retournent pas les messages, pas à la maison, en voyage;
- le fait que les mandataires spéciaux ne comprennent pas toujours la nécessité des conseils en matière de droits et y sont parfois réfractaires;
- les difficultés s'il y a plus d'un mandataire spécial, p. ex., conseillers en matière de droits pour chacun des mandataires spéciaux, d'organiser les conseils en matière de droits à distance, p. ex., le mandataire spécial vit dans une autre région de l'Ontario, du Canada ou dans un autre pays.

Le BIPEP a en outre récemment effectué un sondage à petite échelle sur la satisfaction des coordonnateurs des OTMC (40 questionnaires ont été envoyés et 20 ont été retournés). Les répondants étaient en règle générale très satisfaits des services offerts par les conseillers en matière de droits. Il faut également noter que le BIPEP a

récemment effectué un sondage dans les établissements où il offre des conseils en matière de droits. Les résultats de ce sondage devraient être publiés très bientôt.

4.1.4 La Commission du consentement et de la capacité

4.1.4.1 Données sur les audiences

Les conseils régionaux de révision des dossiers psychiatriques ont été créés en 1968. Ils sont devenus la Commission du consentement et de la capacité en 1995. La Commission tient des audiences pour traiter de problèmes précis en vertu de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, la *Loi sur la santé mentale*, la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui* et la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*.

L'article 39 de la *Loi sur la santé mentale* exige que la Commission du consentement et de la capacité détermine, au moment de la demande ou lorsqu'une ordonnance de traitement en milieu communautaire est renouvelée pour la deuxième fois et, par la suite, à chaque deuxième renouvellement, si les critères de délivrance ou de renouvellement de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire sont remplis ou non. Durant l'audience d'une requête, la Commission doit examiner promptement si les critères de délivrance ou de renouvellement de l'ordonnance sont remplis ou non au moment de l'audience.

En vertu de l'article 75 de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, la Commission doit fixer promptement la date et l'endroit de l'audience. Cette dernière doit commencer dans les sept jours qui suivent la date à laquelle la Commission reçoit la requête, à moins que les parties ne consentent à la remettre à plus tard. De plus, la Commission doit rendre sa décision et en fournir une copie à chaque partie ou à son avocat ou son mandataire dans la journée qui suit le jour où l'audience prend fin. La Commission doit également communiquer par écrit les motifs de sa décision dans les soixante-douze heures suivant la demande de l'une des parties présentes à l'audience.

L'avis est signifié à la Commission sur la formule 48 (Demande d'enquête sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire présentée à la Commission [par 39.1 (1)] et avis du médecin concernant le besoin de prévoir un examen obligatoire de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire [par. 39.1 (4)], c.-à-d. aux deuxièmes renouvellements. Les honoraires des médecins payés à l'acte participant à l'examen sont de 358 $ par séance de trois heures et de 716 $ pour plus de trois heures, sans frais de déplacement.

Un sommaire des données relatives aux OTMC est disponible pour 2001 et 2002. Les données détaillées de ces années ne peuvent être consultées qu'en récupérant toutes (c.-à-d. les audiences relatives aux OTMC et autres) les boîtes de dossiers de la Commission de 2000 à 2002, puis de les parcourir manuellement pour en extraire les dossiers qui portent sur les audiences liées aux OTMC. En raison du travail exceptionnel qui serait nécessaire pour obtenir ces données, nous avons décidé de limiter notre analyse du délai entre la réception d'une requête et la date d'audience à la période allant de janvier 2003 au 31 mars 2005. Ces données sont accessibles à l'aide du système de gestion des cas/suivi des données de la Commission. Même si elles sont limitées, elles offrent un portrait à jour des activités de la Commission, tout en recoupant une partie de la période d'examen des OTMC prévue par la Loi.

Le tableau suivant offre un aperçu du nombre d'examens obligatoires ou demandés à l'aide de la formule 48 et le taux de conformité de la Commission aux échéances prescrites par la Loi. Les données fournies par la Commission semblent contenir quelques petites erreurs, p. ex., inversions du jour et du mois, dédoublements possibles et dates manquantes dans de nombreux dossiers. Cependant, ces problèmes ne sont pas assez importants pour altérer la vue d'ensemble qu'offrent les données.

Tableau 27 : Nombre d'audiences relatives aux OTMC déclarées par la Commission du consentement et de la capacité entre le 1er janvier 2001 et le 31 mars 2005

Année	Région :								Total
	Hamilton	Kingston	London	Ottawa	Penetanguishene	Sudbury	Thunder Bay	Toronto	
2001	1		4				1	11	17
2002	5		6	3	6	1	3	10	34
2003	3	10	10	8	6	5		5	47
2004	13		14	19	5	6	2	39	98
Jusqu'au 31 mars 2005	5		2	5	2	4	1	11	30
Total	27	10	36	35	19	16	7	76	226

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous avons décidé de limiter notre analyse du délai entre la réception de la requête et la date de l'audience à la période allant de janvier 2003 au 31 mars 2005. Les résultats de cette analyse sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 28 : Nombre de jours entre la réception d'une requête et la date de l'audience entre janvier 2003 et le 31 mars 2005

Année	Région :								Total	Pourcentages	
	Hamilton	Kingston	London	Ottawa	Penetanguishene	Sudbury	Thunder Bay	Toronto		du total	des jours connus
2003											
=<7 jours	1	9	9	2	2				27	57,4 %	79,4 %
>7 jours	1	1	1		3	4			7	14,9 %	20,6 %
Inconnu	1			6	1	1		5	13	22,7 %	
Totaux	3	10	10	8	6	5		5	47	100,0 %	100,0 %
2004											
=<7 jours	9		9	12	2	5		24	61	62,2 %	62,9 %
>7 jours	4		5	6	3	1	2	15	36	36,8 %	37,1 %
Inconnu				1					1	1,0 %	
Totaux	13		14	19	5	6	2	39	98	100,0 %	100,0 %
Du 1er janvier 2005 au 31 mars 2005											
=<7 jours	3		1	1		3		8	16	53,3 %	53,3 %
>7 jours	2		1	4	2	1	1	3	14	46,7 %	46,7 %
Inconnu									0		
Totaux	5		2	5	2	4	1	11	30	100,0 %	100,0 %
Résumé											
=<7 jours	13	9	19	15	4	12		32	104		
>7 jours	7	1	7	10	8	3	3	18	57		
Inconnu	1			7	1			5	14		
Total	21	10	26	32	13	15	3	55	175		

Comme les données sommaires de 2001 et 2002 indiquaient la décision prise à la suite des audiences, nous avons été en mesure de montrer le résultat de chaque requête relative aux OTMC déposée à l'aide de la formule 48 auprès de la Commission pour la période allant du 1er janvier 2001 au 31 mars 2005. Les en-têtes de colonne du tableau suivant sont ceux utilisés dans les données fournies par le personnel de la Commission.

Tableau 29 : Décision rendue par suite des audiences de la Commission du consentement et de la capacité entre le 1er janvier 2001 et le 31 mars 2005

Année	Confirmée	Révoquée/ annulée	Rejetée	Modification de l'état	Formule non valable	Aucune compétence	Retirée	Non consignée dans la base de données	Total
2001	5	1		1		8	2		17
2002	14			3		6	11		34
2003	35	3				2	2	5	47
2004	73	7	3	3	4	2	6		98
Jusqu'au 31 mars 2005	23	2	2	1		1	1		30
Totaux	150	13	5	8	4	19	22	5	226

4.1.4.2 Délivrances ultérieures d'OTMC

Les paragraphes 33.1 (12) et (13) de la *Loi sur la santé mentale* stipulent ce qui suit :

> (12) Une ordonnance de traitement en milieu communautaire peut être renouvelée pour une période de six mois en tout temps avant son expiration et dans le mois qui suit son expiration.
>
> (13) Dès l'expiration ou la révocation d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, les parties peuvent convenir d'un plan subséquent de traitement en milieu communautaire si les conditions énoncées au paragraphe (4) sont remplies.

Il faut noter que le paragraphe (13) fait référence à un plan de traitement en milieu communautaire et non à une ordonnance de traitement en milieu communautaire. Cependant, la disposition a généralement été interprétée comme prévoyant une nouvelle ordonnance de traitement en milieu communautaire plutôt qu'un renouvellement de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire précédente. Dans la *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)*, cette situation est appelée « délivrance ultérieure » et est définie comme « une OTMC qui n'est pas la première pour le patient mais qui est délivrée après qu'un certain temps (>1 mois) s'est écoulé sans OTMC ».

Bien qu'il s'agisse d'une démarche pratique pour clarifier une formulation qui n'est pas claire dans la Loi, elle crée une échappatoire pour ceux qui pourraient vouloir éviter le processus de la Commission du consentement et de la capacité et un problème pour ceux qui désirent renouveler une OTMC, mais qui, pour une raison quelconque, ne le font pas à temps – chaque OTMC vient à expiration si elle n'est pas renouvelée dans les sept mois suivant son entrée en vigueur. La Loi exige que la Commission du consentement et de la capacité tienne une audience à chaque deuxième renouvellement d'une OTMC. Cependant, si l'OTMC n'est pas renouvelée à temps, même si ce n'est qu'avec un jour de retard, elle vient à échéance et le compte des renouvellements aux fins d'audience de la Commission recommence. Nous supposons que ce n'est pas là l'intention de ces dispositions législatives, qui ont été mises en place pour protéger les droits du patient.

Pour les besoins de cette étude, cette situation crée un problème lorsque nous tentons d'établir l'efficacité du processus de la Commission du consentement et de la capacité dans le cadre du programme des OTMC. De nombreuses OTMC n'aboutissent pas à une audience de la Commission comme cela se produirait si la loi exigeait que toutes les OTMC reprises (c.-à-d. renouvelées ou expirées) au cours, disons, d'une période de 12 mois soient prises en compte pour la tenue d'une audience de la Commission du consentement et de la capacité.

Le tableau suivant offre un sommaire des données que contiennent la base de données sur les *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* et celle du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Tableau 30 : Sommaire des délivrances, des renouvellements et des délivrances ultérieures d'OTMC (de décembre 2000 au 31 décembre 2003)

	2000	2001	2002	2003
Base de données sur les formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)				
Première délivrance	3	102	282	277
Renouvellement		5	66	132
Délivrance ultérieure		2	18	50
Base de données du Régime d'assurance-santé de l'Ontario				
Délivrance (K887)	5	79	120	101
Renouvellement (K889)		11	13	28
Total des OTMC	8	199	499	588

4.1.4.3 Appariement des données des audiences de la Commission du consentement et de la capacité avec celles des formules de renseignements sur les ordonnances de traitement en milieu communautaire et du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Nous avons tenté d'apparier les données des audiences relatives aux OTMC fournies par la Commission du consentement et de la capacité à celles de la base de données sur les *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* et aux données complémentaires fournies par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Il y avait de nombreux dossiers d'audience sur les OTMC qui ne semblaient pas avoir de correspondance dans les bases de données sur les *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* ou du Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Ce fait appuie les observations précédentes au sujet du caractère incomplet des données transmises au MSSLD.

4.1.5 Autorisations de s'absenter

Le ministère de la Santé recueille depuis des années des données sur les autorisations de s'absenter. De 1999-2000 à 2000-2001, elles ne sont accessibles que pour sept hôpitaux psychiatriques provinciaux (Brockville, Hamilton, Kingston, North Bay, Penetanguishene, Thunder Bay [Lakehead] et Whitby). En 2000-2001, les données de ces hôpitaux sont accessibles ainsi que celles du Centre de toxicomanie et de santé mentale. En 2002-2003, les données accessibles sont celles du recensement quotidien des hôpitaux psychiatriques provinciaux et des hôpitaux généraux avec unité d'hospitalisation en psychiatrie. Cependant, les hôpitaux qui fournissent des données pour le recensement quotidien ne font pas la différence entre les patients en santé mentale et ceux des autres programmes.

Le tableau suivant résume l'utilisation des autorisations de s'absenter de plus de trois jours signalées au MSSLD.

Tableau 31 : Autorisations de s'absenter de plus de trois jours dans les hôpitaux qui en font rapport

Hôpital			Année				
Nom	**Type**	**Région**	**1999/ 2000**	**2000/ 2001**	**2001/ 2002**	**2002/ 2003**	**2003/ 2004**
			Nombre de retours après une autorisation de s'absenter au cours de l'année (nombre de patients, s'il est connu)			Moyenne mensuelle de patients ayant reçu une autorisation de s'absenter	
Hôpital Baycrest (Toronto)	MP	T				3,8	2,8
Hôpital psychiatrique de Brockville	OP	E	230 (100)	238 (96)			
Centre de toxicomanie et de santé mentale (Toronto)	MP	T			418 (240)		
Hôpital psychiatrique de Hamilton	OP	C-S	456	497			
Centre de santé Homewood (Guelph)	MP	C-O				2,6	
Hôpital psychiatrique de Kingston	OP	E	562 (173)	436 (153)			
Hôpital psychiatrique Lakehead (Thunder Bay)	OP	N	136	166	132 (58)	14,5	7,3
Hôpital psychiatrique de North Bay	OP	N	286 (160)	213 (122)	201 (116)	22,5	23,7
Centre de santé mentale de Penetanguishene (Oakridge)	OP	C-E	311			2,1	1,8
Centre de santé mentale de Penetanguishene (régional)	OP	C-E			282 (173)	23,4	14,8
Centre de soins continus de la Providence (Kingston)	MP	E			250 (95)	29,6	23
Hôpital public général (Chatham)	AP	S-O				12,3	
Centre de santé mentale régional (St. Thomas)	MP	S-O			207 (111)		
Services de santé Royal Ottawa	MP	E				20,7	17,3
Centre de soins de santé St-Joseph (Hamilton)	MP	C-S			331	24,3	19,3
St. Joseph's Health Care (London)	MP	S-O				57,6	55,2
St. Joseph's Health Care (St. Thomas)	MP	S-O				26,3	16,8
Centre de santé mentale de Whitby	OP	C-E	472 (209)	496 (190)	532 (216)	29,4	31,1

Type : AP désigne un hôpital général ayant une unité de psychiatrie; MP désigne un hôpital psychiatrique spécialisé; OP désigne un hôpital psychiatrique provincial.

Comme il est possible de le constater à la lecture du tableau, comme les données recueillies sur les autorisations de s'absenter ont changé depuis 1999-2000, il est difficile de tracer un portrait précis de l'utilisation des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC.

4.1.6 Honoraires à la séance

Le MSSLD verse des fonds aux agents-payeurs qui les utilisent pour verser des honoraires à la séance aux médecins. Une séance dure trois heures. Un psychiatre reçoit 358 $ par séance et un omnipraticien, 266 $. Les autres périodes sont calculées au prorata des honoraires à la séance.

Le ministère exige des rapports semestriel et annuel des honoraires à la séance indiquant le montant accordé et le nombre de séances pour les services suivants :

- études de cas en groupe,
- consultations des clients,
- consultations des membres du personnel,
- consultations relatives au programme,
- direction du programme,
- services éducatifs,
- coordination du système,

pour les programmes suivants :

- service des urgences et centres d'aide,
- programmes pour les malades hospitalisés,
- programme pour les malades externes,
- programmes de traitement de jour,
- centre de soins de jour,
- programmes communautaires de santé mentale,
- programmes de lutte contre les dépendances,
- autres établissements communautaires.

Les renseignements d'identification inclus dans le rapport sont le nom de l'hôpital ou du programme, le numéro du programme et le type de programme.

Comme on peut le voir dans ce qui précède, les honoraires à la séance versés au titre des OTMC ne peuvent être saisis que si le programme d'OTMC constitue l'un des programmes pour lesquels les médecins peuvent recevoir des honoraires à la séance.

4.2 Le site Web

Au début d'octobre 2004, nous avons créé à l'adresse www.etoproject.ca un site Web sur le processus d'examen des ordonnances de traitement en milieu communautaire en Ontario dont les buts étaient variés :

- informer le public au sujet du mandat et des exigences légales de l'examen;
- offrir des mises à jour régulières sur les progrès de l'examen;
- encourager la participation au processus de consultation locale;
- offrir en ligne un environnement très interactif dans lequel le public pourrait facilement s'identifier à l'équipe du projet;
- favoriser la participation au sondage.

Les pages principales du site portaient sur ce qui suit :

- les fondements législatifs de l'examen, qui décrivait la Loi et le mandat de l'équipe de conseillers;
- notre démarche en matière d'examen, qui soulignait les principaux éléments du processus d'examen;
- un blogue sur la mise à jour du projet, qui offrait des mises à jour régulières tout au long du processus d'examen;
- le sondage en ligne : affichée en janvier 2005, cette page offrait un accès en ligne direct au sondage;
- le formulaire de transmission pour les organismes était offert à ceux qui désiraient transmettre leurs données par écrit;
- une bibliographie interactive, qui encourageait les lecteurs à suggérer des articles et d'autres documents pertinents à l'examen;
- des profils des principaux conseillers, qui présentaient l'équipe de l'examen;
- des liens qui, offerts en réponse aux demandes des visiteurs, présentaient seulement un aperçu de la documentation sur les OTMC accessible sur Internet;

- les coordonnées de l'équipe, qui offrait de nombreuses possibilités de soumettre des commentaires à l'équipe de conseillers;
- la politique de protection de la vie privée, qui indiquait que la protection des renseignements personnels était une priorité et expliquait les renseignements qui étaient recueillis pendant les visites effectuées sur le site;
- une présentation PowerPoint sur le projet, réalisée par Michael Bay.

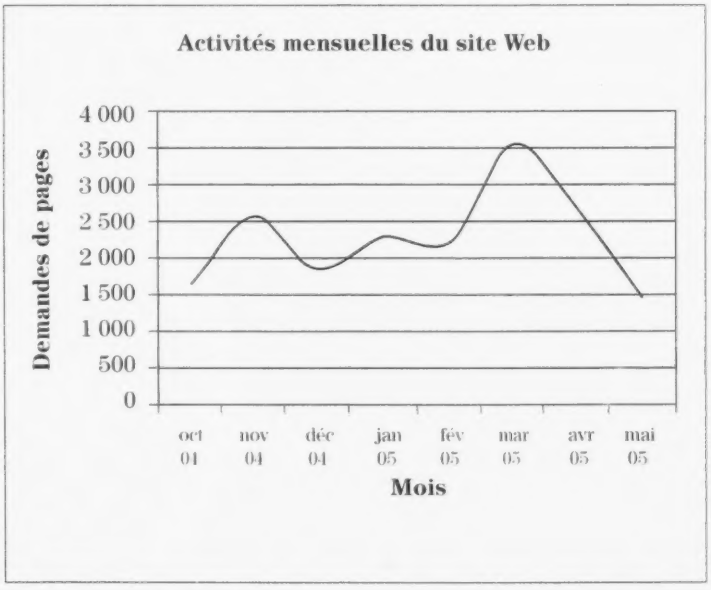
Le tableau suivant résume certaines des données d'utilisation du site Web, depuis son lancement en octobre 2004 jusqu'à la mi-mai 2005.

Tableau 32 : Statistiques générales concernant le site Web

1.	Date de la première demande	4 octobre 2004, 18 h 55
2.	Demandes au serveur réussies	18 300
3.	Dossiers différents demandés	72 dossiers
4.	Hôtes différents désservis (adresse IP)	2 522
5.	Visiteurs ayant laissé leur adresse électronique et demandant qu'on communique avec eux	132
6.	Signatures au livre des visiteurs	9
7.	Suggestions pour la bibliographie	16
8.	Suggestions de liens	9
9.	Demandes d'être avisé lorsque le sondage serait accessible	87
10.	Commentaires sur la qualité du site Web	3
11.	Sondages remplis	128
12.	Sondages commencés, mais non terminés	268

Le rapport mensuel répertorie les activités durant chacun des mois de la période faisant l'objet du rapport. Il convient de noter que chaque page consultée peut entraîner plusieurs demandes au serveur afin de télécharger les images de chaque page.

Tableau 33 : Activités mensuelles du site Web



De nombreux organismes donnaient le site Web www.ctoreview.ca en référence, notamment :

- l'Association canadienne pour la santé mentale,

- le Centre de toxicomanie et de santé mentale,
- la Commission du consentement et de la capacité,
- l'Ontario Case Management Association,
- la Mood Disorders Association of Ontario,
- l'Ontario Association of Chiefs of Police,
- le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques,
- l'Ontario Medical Association.

4.3 Le sondage

Le 13 mars 2005, un sondage a été affiché sur le site Web du projet (voir la section 9.3). Une version imprimable se trouvait également sur le site Web. Un logiciel Web automatisé de QuestionPro.com a été utilisé pour concevoir le sondage, recueillir les données et en permettre l'analyse.

Le sondage visait à obtenir l'opinion des personnes et non des organismes. Nous avions prévu que le sondage viendrait compléter et appuyer les résultats obtenus lors des entretiens en personne. Nous savions que la méthodologie du sondage ne serait pas un processus scientifique rigoureux. Cependant, nous voulions obtenir une aussi grande participation que possible à l'examen et le sondage devait nous permettre d'atteindre cet objectif.

Le sondage a été conçu après plusieurs mois d'entrevues sur le terrain. Nous avons pu ainsi formuler certaines questions de façon à tenir compte des expressions couramment utilisées et des préoccupations exprimées lors des entrevues sur le terrain. Les questions auxquelles les répondants devaient répondre en indiquant s'ils étaient en accord ou en désaccord avec les énoncés ont été formulées au hasard en termes positifs ou négatifs.

La participation au sondage a été moindre que ce qui était attendu compte tenu de l'intérêt général manifesté. Il y a eu 268 répondants qui ont commencé à répondre au sondage sans le terminer et 128 répondants qui ont complètement rempli le sondage. Le taux d'abandon élevé est partiellement dû aux gens qui ont lu le sondage et qui l'ont rempli à un autre moment.

Nous ne croyons pas que les résultats du sondage soient scientifiquement soutenables comme représentant l'opinion des parties intéressées aux OTMC. Cependant, nous avons constaté que les résultats correspondaient remarquablement à ceux que nous avons obtenus durant le processus d'entrevues en profondeur et nous avons donc reproduit quelques conclusions d'intérêt pour les lecteurs.

Les répondants ont classé les énoncés suivants comme étant les facteurs les plus importants qui limitent l'utilisation des OTMC en Ontario, par ordre d'importance :

- manque de ressources communautaires pour les clients faisant l'objet d'OTMC;
- préoccupations à l'égard de la charge de travail que représentent la délivrance d'une OTMC, le processus légal d'examen et (ou) la supervision d'un client faisant l'objet d'OTMC;
- les OTMC ne sont utiles que pour un nombre limité de clients;
- peu de mécanismes d'exécution;
- degré de connaissance et (ou) d'expérience concernant les OTMC.

Les répondants ont classé les énoncés suivants comme les facteurs les moins importants qui limitent l'utilisation des OTMC en Ontario :

- les nouvelles dispositions relatives aux absences autorisées[13] en vertu de la *Loi sur la santé mentale* sont une solution de rechange plus simple;
- préoccupations concernant la rémunération et (ou) les responsabilités;
- manque de preuves scientifiques.

Les répondants ont classé les énoncés suivants comme étant les facteurs les plus importants qui appuient ou encouragent l'utilisation des OTMC en Ontario, par ordre d'importance :

- solution pour non-conformité au traitement;
- assurance qu'une équipe appuie le plan de traitement en milieu communautaire;

[13] Absences autorisées

- réduction de la fréquence des hospitalisations;
- accès à des ressources supplémentaires, comme la gestion de cas.

Les répondants ont classé les énoncés suivants comme les facteurs les moins importants qui appuient ou encouragent l'utilisation des OTMC en Ontario :

- respect des critères imposés par la Loi;
- demande du client;
- demande de la famille ou du mandataire spécial.

Les répondants ont réagi plus fortement, positivement ou négativement, aux douze énoncés suivants. Les énoncés sont classés selon la force de l'opinion.

Tableau 34 : Classement des énoncés ayant fait réagir le plus fortement les répondants

Rang	D'accord ou en désaccord	Énoncé
1	En désaccord	Les professionnels de la santé connaissent parfaitement les nouvelles dispositions relatives aux absences autorisées.
2	D'accord	Il devrait y avoir plus de recherches sur l'utilisation appropriée et les résultats des OTMC.
3	En désaccord	Les médecins sont bien formés et informés au sujet des OTMC et des enjeux qui y sont liés.
4	D'accord	La disponibilité d'un soutien financier et d'un logement influe sur l'efficacité des OTMC.
5	D'accord	Les conseils en matière de droits devraient également être offerts après la délivrance de l'OTMC.
6	D'accord	Les honoraires, les responsabilités et les tâches administratives dissuadent les médecins d'utiliser les OTMC.
7	En désaccord	L'utilisation des OTMC n'a pas réduit les taux de réadmission à l'hôpital ni la durée des séjours des clients faisant l'objet d'OTMC.
8	En désaccord	Les OTMC enlèvent des ressources nécessaires aux clients qui ne font pas l'objet d'OTMC.
9	En désaccord	Les méthodes de gestion de la non-conformité sont satisfaisantes.
10	En désaccord	Les résultats des traitements des OTMC sont bien évalués.
11	En désaccord	Le programme des OTMC dessert efficacement les collectivités autochtones, rurales, multiculturelles et francophones.
12	En désaccord	Les conseillers en matière de droits outrepassent leur mandat.

Nous désirions aussi savoir quels énoncés faisaient la plus grande unanimité et lesquels étaient le plus contestés. Nous avons utilisé l'écart type des réponses à chaque énoncé pour mesurer l'unanimité ou la diversité des opinions.

Le sondage a indiqué que les plus grandes divergences d'opinions portaient sur les dix énoncés suivants. Ils sont classés par ordre à partir de la divergence d'opinions la plus importante :

- Les OTMC devraient être utilisées en dernier recours lorsque les autres possibilités de traitement ont été examinées.
- Les droits civils des clients faisant l'objet d'OTMC sont adéquatement protégés.
- Les OTMC constituent une façon efficace d'atténuer le « syndrome de la porte tournante » entre l'hôpital et la collectivité.
- Les dispositions relatives aux conseils en matière de droits ne protègent pas adéquatement les clients et leur famille.
- Les lois maintiennent un équilibre approprié entre les besoins de traitement, de soins et de protection et la liberté des clients.
- Les OTMC enlèvent des ressources nécessaires aux clients qui ne font pas l'objet d'OTMC.
- Les OTMC évitent les hospitalisations.
- Les OTMC manquent de sévérité et sont difficiles à faire respecter.
- Les OTMC augmentent la communication et la compréhension entre les fournisseurs de services.
- L'utilisation des OTMC n'a pas réduit les taux de réadmission à l'hôpital ni la durée des séjours des clients faisant l'objet d'OTMC.

4.4 Mesures quantitatives de l'efficacité des OTMC

On nous a demandé de répondre aux questions suivantes en matière d'évaluation et de résultats :

- L'efficacité des OTMC au cours de la période de l'examen
  - Quelles sont les répercussions des OTMC sur le bien-être et la satisfaction des clients?
  - De quels services et soutiens bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC?
  - Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC?
- Les méthodes utilisées pour évaluer les résultats de tout traitement entrepris dans le cadre des OTMC.
  - Quels résultats sont mesurés chez les clients?
  - De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés?

Cette section traite de la partie des réponses qui découlent des données quantitatives dont nous disposons.

Quelles sont les répercussions des OTMC sur le bien-être et la satisfaction des clients?

Les données recueillies par le MSSLD à l'aide des *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* n'incluent pas d'information sur le bien-être et la satisfaction des clients.

Ces types de mesure des résultats ont fait l'objet d'un petit nombre d'études locales[14] ayant fait appel à la collecte de données sur le plan local, à des questionnaires et à des groupes de discussion pour interroger différents groupes (p. ex., clients faisant l'objet d'OTMC, membres de la famille, médecins et agents chargés de cas) concernant les répercussions des OTMC sur la qualité de vie des gens, l'efficacité apparente des OTMC jusqu'à maintenant et le degré de satisfaction des clients et de leur famille.

De quels services et soutiens bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC?

La base de données sur les *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* du MSSLD répertorie les services qu'ont reçus les patients au cours des six mois qui ont précédé l'OTMC de même que le type de service que doit recevoir chaque client faisant l'objet d'OTMC dans le cadre de son plan de traitement en milieu communautaire (voir les tableaux 15 et 16). Ainsi, les données sur l'utilisation réelle d'un service ne sont recueillies que lorsqu'une OTMC est renouvelée ou ultérieurement délivrée. Ces renseignements se trouvent à la section 8 de la *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* (Services reçus au cours des six derniers mois). Il faut noter que cette formule ne donne aucun renseignement sur la fréquence ou la durée d'utilisation des services par le client.

L'utilisation des services par les clients faisant l'objet d'OTMC est résumée dans le tableau suivant qui comprend les données des tableaux 15 et 16. Ces données se rapportent à toutes les OTMC délivrées entre le 1er décembre 2000 et le 31 décembre 2003. Elles comprennent donc plusieurs OTMC par client au cours de cette période et, par conséquent, certains clients sont inclus plus d'une fois dans le total (voir la section 4.1.2.2).

Tableau 35 : Sommaire des services reçus ou à recevoir par les clients faisant l'objet d'OTMC

Service	Services reçus au cours des six mois qui ont précédé la présente OTMC		Services à inclure dans la présente OTMC	
	Nombre de clients	Pourcentage du total des clients (937)	Nombre de clients	Pourcentage du total des clients (937)
Services psychiatriques aux patients hospitalisés	661	71 %	S.O.	S.O.
Consultations externes - service psychiatrique/santé mentale	322	34 %	560	60 %
Traitement communautaire dynamique	177	19 %	252	27 %
Traitement de la toxicomanie	13	1 %	35	4 %
Intervention en cas de crise	129	14 %	70	7 %
Gestion des cas	S.O.	S.O.	475	51 %

[14] En raison de la nature locale de ces études, du caractère limité des données accessibles et (ou) de la difficulté à les compiler en raison des différences de présentation, nous n'avons pas inclus ces données dans le rapport.

Psychiatre du secteur privé	91	10 %	109	12 %
Gestion de la médication/clinique	108	12 %	223	24 %
Logement supervisé	105	11 %	140	15 %
Soins médicaux non psychiatriques	80	9 %	96	10 %
Programme communautaire de santé mentale (organisme précis)	263	28 %	291	31 %
Salle d'urgence	182	19 %	S.O.	S.O.
Autres services[15]	92	10 %	118	13 %
Aucun	19	2 %	S.O.	S.O.
Ne sais pas	5	1 %	S.O.	S.O.

Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC?

Aucune donnée ontarienne n'était disponible pour relever un nombre suffisant de facteurs qui touchent les clients faisant l'objet d'OTMC ou qui classent ou évaluent leur efficacité. Cependant, de nombreux exemples d'utilisation des services et des résultats des OTMC sont traités dans d'autres parties de ce rapport.

Quels résultats sont mesurés chez les clients?

Les données du MSSLD à ce sujet sont limitées. Elles traitent de l'utilisation des services, des rapports avec la justice et des conditions de logement.

La principale mesure des résultats utilisée en Ontario pour les clients faisant l'objet d'OTMC est un suivi régulier par les membres de l'équipe de soutien pour s'assurer que le client se conforme au plan de traitement en milieu communautaire et que les résultats prévus pour cette personne sont atteints.

De plus, les études locales ontariennes mentionnées auparavant ont examiné notamment les données/renseignements suivants :

- satisfaction du client et de sa famille,
- nombre d'hospitalisations avant, pendant et après l'OTMC,
- durée du séjour à l'hôpital avant, pendant et après l'OTMC,
- rapports avec la justice avant, pendant et après l'OTMC,
- situation d'emploi avant, pendant et après l'OTMC,
- interventions d'urgence avant, pendant et après l'OTMC,
- utilisation des services psychiatriques pour malades externes avant, pendant et après l'OTMC,
- gestion de cas avant, pendant et après l'OTMC,
- type de logement avant, pendant et après l'OTMC,
- cadre d'habitation avant, pendant et après l'OTMC,
- source de revenus et type d'emploi avant, pendant et après l'OTMC,
- dose et utilisation de médicaments avant, pendant et après l'OTMC.

De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés?

L'évaluation des résultats d'une OTMC requiert la collecte de données concernant le client et d'autres renseignements pertinents avant et après l'OTMC. Comme les problèmes de santé des clients et les problèmes sociaux qui en découlent sont habituellement complexes et interdépendants, l'évaluation des résultats doit comprendre des éléments comme l'hospitalisation, le type de logement/l'environnement, les relations avec la famille et les amis, l'éducation, l'emploi, la participation aux activités communautaires et le sentiment de bien-être et de satisfaction. Les mesures des résultats varieront forcément entre les clients faisant l'objet d'OTMC selon leur situation personnelle.

[15] Les « autres services » relevés sont les suivants : services d'un médecin d'une clinique d'injection ou d'injection retard, programme de déjudiciarisation, ergothérapie, counselling, services de psychiatrie légale, gestion de la colère ou de l'estime de soi, tuteur et curateur public ou tout autre administrateur financier et refuge en attendant un logement supervisé.

À l'aide de la *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)*, le MSSLD obtient des renseignements sur :

- les services qu'a reçus un client faisant l'objet d'OTMC au cours des six mois qui ont précédé la présente OTMC (voir le tableau 15);
- les services à inclure dans la présente OTMC (voir le tableau 16);
- les rapports du client faisant l'objet d'OTMC avec la justice au cours des six derniers mois (voir le tableau 17);
- les personnes avec lesquelles habite le client faisant l'objet d'OTMC (voir le tableau 19);
- le type de logement qu'occupe le client faisant l'objet d'OTMC (voir le tableau 20).

Ces données offrent un aperçu très limité des résultats pour les clients faisant l'objet d'OTMC. Pour ceux qui font l'objet de plusieurs OTMC, il est possible d'établir s'il y a eu des changements dans l'utilisation des services, leurs rapports avec la justice et les conditions de logement. Les tableaux suivants constituent trois exemples de *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* où il y a eu au moins quatre OTMC consécutives.[16]

Tableau 36 : Exemples de formules d'OTMC de clients ayant fait l'objet d'OTMC consécutives

	Client « A » faisant l'objet d'OTMC							
	1re OTMC		**2e OTMC**		**3e OTMC**		**4e OTMC**	
	6 mois avant l'OTMC	**Prévu pour la 1re OTMC**	**Signalé pour la 1re OTMC**	**Prévu pour la 2e OTMC**	**Signalé pour la 2e OTMC**	**Prévu pour la 3e OTMC**	**Signalé pour la 3e CTO**	**Prévu pour la 4e OTMC**
Rapports avec la justice au cours des six derniers mois	Oui		Non		Non		Non	
Services :								
• Services psychiatriques aux patients hospitalisés	X		X					
• Consultations externes - service psychiatrique/santé mentale			X					
• Gestion de la médication/clinique	X				X	X	X	X
• Psychiatre	X	X				X	X	X
• Médecin								
• Injection retard	X	X	X	X			X	
• Salle d'urgence	X							
• Gestion des cas		X		X	X	X	X	X
Habite avec :								
• Famille	X		X		X		X	

Tableau 36 : Exemples de formules d'OTMC de clients ayant fait l'objet d'OTMC consécutives (suite)

Habite dans :								
• Maison privée copropriété	X		X		X		X	

[16] Les renseignements concernant les rapports d'un client faisant l'objet d'OTMC avec la justice et les conditions de logement ont été résumés pour protéger l'anonymat des clients.

Tableau 36 : Exemples de formules d'OTMC de clients ayant fait l'objet d'OTMC consécutives (suite)

	Client « B » faisant l'objet d'OTMC							
	1re OTMC		2e OTMC		3e OTMC		4e OTMC	
	6 mois avant l'OTMC	**Prévu pour la 1re OTMC**	**Signalé pour la 1re OTMC**	**Prévu pour la 2e OTMC**	**Signalé pour la 2e OTMC**	**Prévu pour la 3e OTMC**	**Signalé pour la 3e CTO**	**Prévu pour la 4e OTMC**
Rapports avec la justice au cours des six derniers mois	Non		Oui		Oui		Oui	
Services :								
• Services psychiatriques aux patients hospitalisés	X				X		X	
• Consultations externes - service psychiatrique/santé mentale	X	X						
• Gestion de la médication/clinique	X	X						
• Gestion des cas	X	X			X	X		X
• Traitement intensif en milieu communautaire			X	X	X	X	X	
• Logement supervisé					X	X	X	
• Soins médicaux non psychiatriques					X	X	X	
• Autres services : non précisés								X
Habite avec :								
• Famille	X							
• Seul			X		X		X	
Habite dans :								
• Maison privée/copropriété	X							
• Loyer économique			X		X		X	

Tableau 36 : Exemples de formules d'OTMC de clients ayant fait l'objet d'OTMC consécutives (suite)

	Client « C » faisant l'objet d'OTMC							
	1re OTMC		2e OTMC		3e OTMC		4e OTMC	
	6 mois avant l'OTMC	**Prévu pour la 1re OTMC**	**Signalé pour la 1re OTMC**	**Prévu pour la 2e OTMC**	**Signalé pour la 2e OTMC**	**Prévu pour la 3e OTMC**	**Signalé pour la 3e CTO**	**Prévu pour la 4e OTMC**
Rapports avec la justice au cours des six derniers mois	Non		Non		Non		Non	
Services :								
• Services psychiatriques aux patients hospitalisés	X						X	
• Soins médicaux non psychiatriques	X	X			X			
• Gestion de la médication/clinique		X			X	X		
• Gestion des cas		X	X	X	X	X	X	X
• Consultations externes - service psychiatrique/santé mentale			X	X	X	X		X
Habite avec :								
• Seul	X		X		X		X	
Habite dans :								
• Loyer économique	X		X		X		X	

Comme on peut le constater, ces données sont utiles pour déterminer les services utilisés et établir des profils sur les rapports avec la justice et les conditions de logement. Cependant, elles sont trop limitées pour répondre à la question plus vaste des résultats pour les clients.

5.0 Entrevues

Un volet important de l'examen consistait à permettre aux parties intéressées d'y participer directement au moyen de rencontres en personne.

Nous nous sommes rendus dans toutes les régions de l'Ontario : rurales et urbaines, du Nord et du Sud, francophones et anglophones. Nous avons réalisé des entrevues dans des grandes villes telles que Toronto, Ottawa et London, ainsi que dans de petits centres comme Kenora, Lindsay, Campbellford et Hawkesbury. Quelques entrevues ont été réalisées par téléphone ou par télévision en circuit fermé.

Nous avons réalisé plus de 250 entrevues individuelles et en groupe, notamment 34 rencontres avec des clients et des bénéficiaires, 37 réunions avec des familles et des mandataires spéciaux, 66 avec des psychiatres et 14 avec des représentants de l'appareil judiciaire.

Ces réunions nous ont permis de rencontrer plus de 1 000 personnes, dont 47 clients faisant l'objet d'OTMC, 93 protecteurs et représentants des bénéficiaires, 84 membres de famille et 216 psychiatres.

Les personnes suivantes ont été interrogées :

- des clients faisant l'objet d'OTMC,
- des bénéficiaires,
- des membres de la famille,
- des mandataires spéciaux,
- des protecteurs des bénéficiaires,
- des coordonnateurs des ordonnances de traitement en milieu communautaire,
- des avocats représentant les bénéficiaires et les fournisseurs,
- des représentants de l'Ontario Medical Association,
- des représentants de l'Ontario Psychiatric Association,
- des représentants de l'Association of Ontario Physicians and Dentists in Public Service,
- des représentants de l'Association des hôpitaux de l'Ontario,
- des représentants de l'Association of General Hospital Psychiatric Services,
- des représentants de l'Association canadienne pour la santé mentale, Ontario,
- des représentants de la Société ontarienne de la schizophrénie et d'autres groupes de défense des droits de la famille,
- des représentants de groupes de bénéficiaires et de groupes de défense des droits des bénéficiaires,
- des membres du Mental Health Legal Committee,
- des représentants du Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques,
- des représentants du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels,
- des représentants du Bureau du Tuteur et curateur public,
- des représentants de la Commission du consentement et de la capacité,
- des représentants de la Commission ontarienne d'examen,
- des psychiatres et d'autres médecins,
- des responsables de la gestion des cas et des travailleurs en santé mentale,
- des membres des équipes de traitement communautaire dynamique,
- des travailleurs en logement,
- des conseillers en matière de droits,
- des administrateurs d'hôpital et de programme communautaire,
- des planificateurs des congés d'hôpital,
- des membres de la Commission du consentement et de la capacité,
- des organismes de services sociaux,
- des centres d'accès aux soins communautaires,
- des agents de libération conditionnelle,
- des agents de police,
- des juges,
- des conseillers parajuridiques.

Il y a eu de nombreuses rencontres individuelles. D'autres ont été réalisées en groupe. Dans tous les cas, les personnes présentes étaient ouvertes et ont donné leur opinion avec franchise. Nombreux sont ceux qui ont dit se réjouir de cette démarche, parce que c'était la première fois qu'on leur demandait directement ce qu'ils pensaient des OTMC. En fait, pour un grand nombre de personnes issues de petites collectivités, c'était la première fois que des personnes liées au gouvernement leur demandaient leur opinion sur un aspect quelconque de la politique relative aux soins de santé.

Bien que la plus grande partie de la rencontre n'avait pas de structure imposée, les points suivants ont été abordés. Les questions ont été conçues de façon à faire ressortir les expériences positives et négatives relatives aux OTMC et à formuler des recommandations utiles pour l'avenir. Les enjeux suivants ont été abordés :

- Quelles sont les mesures d'efficacité en place?
- Dans quelle mesure les conseils en matière de droits sont-ils efficaces et quels sont les problèmes connexes?
- Est-ce que la Loi couvre l'ensemble de la population concernée ou a-t-elle une portée trop restreinte ou trop large?
- La Loi établit-elle un équilibre approprié entre le besoin de traitement, de soins et de protection et la liberté du client?
- Quels sont les facteurs qui ont encouragé les médecins, les mandataires spéciaux et les bénéficiaires à recommander, à prendre ou à renouveler les OTMC ou les en ont dissuadés?
- A-t-on recours à plusieurs certificats de renouvellement?
- Les OTMC se sont-elles avérées une méthode de traitement utile?
- Les personnes faisant l'objet d'OTMC ont-elles une meilleure qualité de vie?
- Quels sont les clients qui font ou qui ne font pas l'objet d'OTMC? Est-ce que cela est satisfaisant ou le réservoir de candidats adéquats devrait-il être élargi ou restreint? Comment pourrait-on y parvenir?
- Dans quelle mesure la méthode d'intervention en cas de non-conformité est-elle satisfaisante?
- Le fardeau administratif relatif aux OTMC est-il raisonnable ou excessif?
- Est-ce que les mécanismes de protection prévus dans la Loi sont satisfaisants, insuffisants ou excessifs?
- Est-ce que les parties intéressées comprennent facilement le langage juridique?
- Quels types de services de soutien reçoivent les clients faisant l'objet d'OTMC? Ces services sont-ils adéquats?
- Quelles sont les solutions de rechange aux OTMC? Pour quels types de clients sont-elles le plus efficaces? Ces solutions sont-elles adéquates?
- Dans quels contextes les autorisations de s'absenter en vertu de l'article 27 de la *Loi sur la santé mentale* sont-elles utilisées?
- Est-ce que les dispositions relatives aux conseils en matière de droits protègent adéquatement les bénéficiaires et leur famille?
- Est-ce que les dispositions législatives sont raisonnables?
- Quels sont les facteurs qui encouragent les praticiens à recourir aux dispositions relatives aux OTMC ou les en dissuadent?
- Est-ce que l'on dispose de ressources suffisantes pour appuyer les OTMC?
- Est-ce que le travail des coordonnateurs des OTMC donne de bons résultats? Comment pourrait-on améliorer leur rôle?
- Quels sont les facteurs qui ont une incidence sur la réussite ou l'échec d'une OTMC?
- Est-ce que l'examen juridique des OTMC donne de bons résultats? Quelles sont les forces et les faiblesses du processus d'examen?
- Pourquoi a-t-on davantage recours aux OTMC dans certaines régions de la province que dans d'autres?

Au cours des entrevues, nous avons examiné de nouveau certaines des premières préoccupations concernant la loi et la mise en place des OTMC en Ontario avec les organismes qui les avaient exprimées afin d'établir si elles étaient toujours présentes et dans quelle mesure elles l'étaient. Les premières critiques étaient très diverses : certains craignaient que la Loi soit trop répressive et ne respecte pas les droits de la personne, d'autres croyaient qu'elle respecte trop les droits au détriment d'un traitement efficace, d'autres encore pensaient qu'elle présente des lacunes sur le plan technique.

5.1 Perspectives des bénéficiaires

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des clients faisant l'objet d'OTMC, d'anciens clients, d'autres bénéficiaires et des protecteurs des bénéficiaires de tout l'Ontario. Nous avons également reçu et incorporé les données d'une séance de consultation auprès de clients faisant l'objet d'OTMC tenue par un groupe de soutien par les pairs à Toronto. La richesse d'opinions et de points de vue émanant de ces groupes et de ces personnes était remarquable. Les opinions exprimées lors de ces réunions étaient aussi diverses et réfléchies que celles entendues lors de toute autre réunion tenue dans le cadre de ce projet. Le courage dont ont fait preuve certaines personnes en nous faisant part de détails intimes de leur expérience parfois douloureuse fut très émouvant.

De nombreux clients faisant l'objet d'OTMC se sont prononcés en faveur du concept et de leur propre ordonnance. Certains nous ont dit qu'ils croyaient que les OTMC avaient transformé leur vie et les avaient tenus éloignés des hôpitaux. Nous avons rencontré des bénéficiaires qui nous ont révélé avoir souhaité faire l'objet d'une OTMC par le passé, ce qui leur aurait épargné toutes ces années de souffrance jusqu'à ce qu'ils aient acquis la perspicacité indispensable pour entreprendre une nouvelle vie. Plusieurs clients nous ont dit aimer leurs OTMC parce qu'elles leur permettaient d'accéder à la gestion de cas ou à d'autres services dont ils avaient besoin. Un grand nombre de clients faisant l'objet d'OTMC nous ont dit qu'ils sentaient faire vraiment partie de l'équipe des OTMC et qu'ils avaient été consultés sur tous les aspects à toutes les étapes. Des clients et d'anciens clients nous ont déclaré que les dispositions relatives à l'exécution de la loi ne les inquiétaient pas, parce qu'elles n'étaient pas nécessaires dans leur cas. D'autres encore ont dit que leur connaissance des dispositions relatives à l'exécution les avait incités à respecter leur traitement pendant des périodes où leur lucidité était loin d'être très claire.

Certains clients faisant l'objet d'OTMC et d'anciens clients nous ont dit qu'ils n'avaient consenti à l'origine à l'OTMC que parce qu'elle leur garantissait un congé prématuré de l'hôpital, mais croient maintenant qu'elle leur a été très bénéfique. D'aucuns nous ont informés qu'ils avaient consenti à l'OTMC sous ce type de pression, qu'ils n'y avaient constaté aucun avantage et qu'ils croyaient que la pression qu'ils avaient subie avait porté atteinte à leurs droits fondamentaux en tant que personnes.

D'autres clients et anciens clients nous ont parlé de leur appréhension face à l'audience obligatoire et nous ont fait part de leur opinion quant au fait qu'elle est inutile dans le cas des OTMC volontaires. D'autres encore croyaient que la rencontre avec un conseiller en matière de droits aurait été suffisante et ont confirmé qu'ils ne souhaitaient pas d'audience annuelle. Certains clients étaient d'avis que les conseils en matière de droits ainsi que les audiences facultatives et obligatoires constituaient des mesures nécessaires pour la sauvegarde de leurs droits.

Certains clients faisant l'objet d'OTMC et d'anciens clients ont exprimé une opinion beaucoup moins indulgente envers les OTMC que ceux qui sont mentionnés ci-dessus. Des clients nous ont informés de façon plutôt véhémente qu'ils considéraient les OTMC comme un affront à leur dignité et à leur autonomie et qu'elles ne les avaient aidés d'aucune façon. Certains bénéficiaires nous ont dit que le spectre d'une OTMC était souvent utilisé comme une menace dans leur région dans le but de veiller au respect parmi les bénéficiaires de la collectivité. Nous avons également entendu dire que des bénéficiaires qui ne faisaient pas l'objet d'OTMC sont amenés à croire qu'ils en font l'objet pour assurer le respect.

Un certain nombre de bénéficiaires nous ont dit qu'ils croyaient qu'on ne devrait avoir recours aux OTMC que dans le cas de personnes qui posent un risque élevé de préjudices aux autres. Selon eux, ce qu'ils considèrent comme une atteinte grave aux droits fondamentaux de la personne et à la dignité n'était pas justifié dans d'autres circonstances. D'aucuns pensaient que les OTMC représentent une méthode de traitement potentiellement valable pour un petit groupe de clients dans le besoin, mais qu'elles doivent être utilisées de façon beaucoup plus sélective, que les règles du consentement éclairé doivent être respectées et que les autres options doivent être examinées en profondeur avant qu'on ait recours à une OTMC.

On nous a dit que les plans de traitement en milieu communautaire doivent être plus souples et tenir compte des besoins et des désirs de chaque client. Nous avons entendu dire que les OTMC devraient être perçues principalement comme un moyen de fournir un système de soutien au client et qu'il faudrait s'attarder davantage à l'écoute active et à la prestation de services et moins à l'obligation de prendre des médicaments. D'autres partageaient l'opinion que les OTMC, bien qu'elles soient éventuellement utiles pour certains particuliers, sont une source d'abus telle et pourraient donner lieu à une telle perte d'autonomie qu'elles devraient être abolies.

Des clients nous ont également dit qu'ils croyaient qu'ils n'étaient pas traités avec respect par leurs psychiatres et leurs responsables de cas. Certains se sont plaints de ne pas être écoutés, d'être traités avec condescendance ou d'être ignorés. D'autres plaintes portaient sur la rotation rapide des responsables de cas, ce qui nuit à l'établissement de relations de confiance efficaces. Certains clients ont parlé du manque de sensibilité à leur égard, tel que les forcer à prendre des médicaments en présence de leur propriétaire ou d'une autre personne. En somme, ces clients avaient l'impression que les éléments du processus constituent un affront fondamental à leur dignité et à leur humanité.

Des clients, d'anciens clients et des protecteurs se sont dits inquiets de ce qu'ils considèrent comme un manque de consultation auprès du client au cours de l'élaboration du plan de traitement. Certains nous ont dit que les plans sont souvent présentés aux clients comme un fait accompli. D'autres pensaient que leurs plans visaient uniquement à se conformer au traitement plutôt qu'à proposer une démarche holistique de soins dans la collectivité. D'autres encore croyaient que certains plans, tels que ceux qui exigent que le client ou la cliente habite avec une petite amie ou un petit ami, empiètent fondamentalement et de manière indue sur des questions dont ils devraient être entièrement maîtres. On nous a dit que faire l'objet d'une OTMC sans vraiment faire partie du processus et sans être consulté ou écouté est effrayant et déprimant.

Lors de l'une des réunions, des participants nous ont dit que rien ne pouvait justifier l'élargissement de l'utilisation des OTMC à moins que et jusqu'à ce que des preuves scientifiques pertinentes en démontrent l'efficacité. On a souligné le fait que, si une OTMC est effectivement une méthode de traitement, elle devrait être soumise au même type d'analyse rigoureuse dont font l'objet d'autres traitements dans l'univers médical.

Des protecteurs des bénéficiaires ont clairement dit que les OTMC tendent à mettre trop d'accent sur les médicaments et d'autres enjeux qui sont importants pour l'équipe de traitement plutôt que pour le client. À titre d'exemple, un protecteur nous a dit que de nombreux clients faisant l'objet d'OTMC tireraient avantage d'un accès à un YMCA ou à des installations communautaires de conditionnement physique semblables qu'ils ne peuvent s'offrir. On a dit que les coûts associés au financement d'un tel arrangement seraient minimes et que les avantages pour les clients seraient sans doute beaucoup plus grands que ceux de nombreux autres services qui leur sont fournis. Les bénéficiaires ont maintes et maintes fois indiqué que des services tels que le logement, le soutien du revenu et le counselling, facilement accessibles, sont essentiels et que, sans eux, les OTMC sont vouées à l'échec. On nous a fait part de préoccupations concernant l'utilisation à l'occasion des OTMC comme pis aller lorsque d'autres services ne sont pas accessibles ou ne peuvent suffire à la demande.

Un protecteur des bénéficiaires a souligné qu'une partie importante de la population s'en remet à la médecine parallèle pour régler ses divers problèmes. Il était d'avis que les clients faisant l'objet d'OTMC devraient avoir les mêmes possibilités à cet égard que les autres membres de la collectivité.

Des bénéficiaires nous ont fait savoir qu'ils croient fermement que les pratiques en vigueur relatives aux OTMC semblent souvent ignorer la recherche qui indique que les bénéficiaires se débrouillent mieux dans la collectivité lorsqu'un bénéficiaire est engagé pour offrir un soutien. On a laissé entendre que cela doit être rectifié si l'on veut tirer le maximum des OTMC.

Nous avons entendu dire maintes et maintes fois que l'accès aux ressources est une question fondamentale. L'on a laissé entendre qu'il est inapproprié d'utiliser les OTMC pour obtenir des ressources rares pour un client et que la solution appropriée serait d'attribuer dès le départ des ressources suffisantes.

Nous nous sommes entretenus avec des bénéficiaires qui nous ont confié que leurs pairs et eux ne cherchaient plus à obtenir le soutien dont ils ont besoin de peur que la police soit dotée de pouvoirs d'arrestation accrus et que leur quête d'aide se solde par une arrestation, une hospitalisation, un placement dans le cadre d'une OTMC et, en fin de compte, l'obligation de prendre des médicaments. Une personne interviewée nous a dit que, selon elle, la mort tragique d'un de ses amis était attribuable à une telle suite d'événements.

On a également fait remarquer avec force qu'un secteur de la communauté des bénéficiaires survivants demeurait résolument opposé en principe aux OTMC, une opinion, semble-t-il, fondée principalement sur l'opposition philosophique originale au régime des adhérents plutôt que sur l'expérience vécue depuis la création du programme.

Si les bénéficiaires que nous avons rencontrés se sont entendus sur divers points, ce sont bien la question du respect de leur dignité et de leur autonomie, la nécessité de leur fournir des services appropriés, le besoin de faciliter l'accès

aux conseils en matière de droits et aux services d'intervention et, par-dessus tout, l'impératif absolu que leurs voix soient entendues et qu'ils jouent un rôle significatif dans les événements qui touchent leur vie.

5.2 Perspectives des familles

Nous avons rencontré des familles dont des membres font l'objet d'OTMC et d'autres familles dont ce n'était pas le cas. Les points de vue de ces deux groupes étaient très différents.

Les familles dont certains membres font l'objet d'OTMC se sont généralement dites très satisfaites du programme. Un grand nombre de membres de ces familles nous ont dit sans réserve qu'une OTMC avait permis de transformer la vie de la personne aimée. Nombreux sont les membres des familles qui nous ont fait part des années de frustration, de colère et de sentiment d'impuissance qui ont précédé l'OTMC, en raison de leur incapacité d'obtenir de l'aide pour les membres de leur famille. Une très grande majorité ont constaté que le membre de leur famille avait fait d'énormes progrès depuis qu'il faisait l'objet d'OTMC, parlant souvent de reprise du dialogue avec la famille et la collectivité, du maintien d'un logement stable et d'un membre de la famille ayant beaucoup évolué et plus heureux. Nombreux sont les membres de ces familles qui se sont démenés pendant des années pour trouver des soins convenables pour leur parent et ont plaidé avec succès en faveur des OTMC. Ces familles ont immanquablement mentionné que le fait que l'OTMC leur permet généralement d'avoir constamment accès aux renseignements cliniques sur leur famille constituait l'une des principales raisons de leur satisfaction.

Une mère nous a confié qu'elle était certaine que l'OTMC avait sauvé la vie de son fils. Elle nous a décrit un fils souffrant de pensées délirantes et paranoïdes graves qui avait tenté de se suicider, presque avec succès, à un certain nombre de reprises au cours de l'année qui avait précédé son OTMC. Elle nous a dit qu'il était beaucoup plus heureux et plus stable depuis qu'il faisait l'objet d'une OTMC.

Un père nous a parlé de son fils qui était un athlète et un universitaire talentueux considéré comme un membre bien en vue de sa collectivité avant de sombrer dans la maladie mentale. Il nous a révélé que l'état de son fils était préoccupant jusqu'à ce que soient instituées les OTMC, mais qu'il s'était tellement amélioré depuis qu'il avait repris contact avec sa famille et trouvé un emploi. Lorsque l'OTMC est venue à terme, son état s'est détérioré graduellement et son fils s'est finalement suicidé.

Les membres des familles qui n'ont pas réussi à faire en sorte que la personne aimée fasse l'objet d'OTMC et leurs protecteurs ont présenté une perspective entièrement différente. Nous avons rencontré de nombreux membres de familles pour qui les OTMC font ressurgir des sentiments de frustration et de colère. Nombre d'entre eux ont cru à l'époque où la loi a été adoptée que leurs proches pourraient faire l'objet d'une OTMC. Ils ont cru voir de la lumière au bout du tunnel, que leurs proches seraient enfin traités. Un grand nombre d'entre eux se sont plaints du fait que la loi qui avait été adoptée n'était pas celle qu'ils avaient attendue. D'autres ont condamné le fait que les psychiatres de leur région aient refusé ou négligé, pour des raisons qu'ils considèrent inexplicables, d'avoir recours à une OTMC pour leurs proches.

Des membres de familles nous ont dit que les patients avaient trop de droits, que ces droits étaient mal placés étant donné les troubles mentaux qui accaparent leurs parents et qu'ils les empêchent de recevoir un traitement. D'autres ont reproché aux protecteurs des bénéficiaires, à l'Association canadienne pour la santé mentale ou aux avocats d'être responsables de leur échec à obtenir des soins pour leurs proches. Ce qu'il y a de remarquable dans les cas où nous avons entendu de tels commentaires, c'est le niveau de frustration et de désespoir et la conviction profonde que quelque chose ou quelqu'un a empêché la création d'un programme qui aurait pu, en bout de ligne, donner de l'espoir à leurs parents malades.

Un membre d'une famille nous a dit que les avocats, les médecins et les protecteurs s'affrontent dans des débats philosophiques, alors que les membres de leur famille malades et eux souffrent.

Certains ont prétendu que l'un des problèmes qui empêchent leurs parents de recevoir l'aide offerte dans le cadre d'une OTMC est le fait qu'une quantité importante de services d'aide juridique et d'intervention sont en place pour les bénéficiaires, mais aucun n'est offert aux membres de leur famille. D'autres familles ont suggéré que les chances d'accès pourraient être égalisées en créant des services d'intervention pour les familles qui pourraient fournir une défense systémique et au cas par cas dans le but d'obtenir des OTMC et autres soins pour leurs parents.

5.3 Questions autochtones

Un certain nombre de personnes interviewées ont confirmé que très peu de membres de la communauté autochtone faisaient l'objet d'OTMC. Dans le Nord-Ouest de l'Ontario, par exemple, un professionnel de la santé mentale nous a dit que l'utilisation des OTMC était viable dans les limites urbaines élargies, mais vouée à l'échec dans les peuplements éloignés en raison d'un manque de services de soutien. Cette personne nous a dit que les problèmes de santé mentale chez les Autochtones sont le résultat de causes sociales et qu'ils devraient être réglés sur le plan social et non médical.

Un autre Autochtone, également professionnel de la santé mentale très qualifié, a répondu que la communauté autochtone a sa part de personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants qui tirent leur origine de causes organiques et que ces personnes ont droit au même niveau de service que les autres résidants de la province. Cette personne nous a dit que de nombreuses Premières nations ont mis en place des services de soutien avancés pour offrir à leurs membres l'aide de professionnels des domaines associés à la santé mentale. Selon elle, les problèmes sont liés à une absence d'antécédents requis en matière d'hospitalisation et à un manque de communication adéquate entre les services de santé des Premières nations et les services de santé mentale urbains. D'autres Autochtones du Nord ont confirmé qu'il existait des services de soutien, mais que les rapports entre ces services et les établissements de l'annexe 1 étaient au mieux fragiles. Certains ont également noté que très peu de coordonnateurs d'OTMC, qui doivent chacun couvrir une zone de plusieurs milliers de kilomètres carrés, desservent les vastes étendues du Centre et du Nord de l'Ontario.

Dans le Sud de l'Ontario, les gens nous ont également dit qu'il existe de graves obstacles à l'utilisation des OTMC dans la communauté autochtone à l'extérieur des régions urbaines. Selon un professionnel de la santé de haut niveau du Sud de l'Ontario travaillant auprès de la communauté autochtone, de nombreux Autochtones ontariens ne se sentent pas à l'aise ou les bienvenus dans les établissements de l'annexe 1 de leur région. Par conséquent, les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et persistants ont tendance à être traitées dans la collectivité, même s'ils sont à un stade de la maladie qui nécessiterait autrement une hospitalisation. C'est pourquoi ces malades n'ont pas accumulé la durée d'hospitalisation requise pour être admissibles à une OTMC. Au cours de cette discussion, on a souligné l'insuffisance de services communautaires de santé mentale dans les collectivités autochtones du Sud de l'Ontario.

5.4 Collectivités multiculturelles de l'Ontario

Les membres des collectivités multiculturelles qui ont été interviewés nous ont dit qu'il existe de nombreux problèmes particuliers qui nuisent au recours aux ordonnances de traitement en milieu communautaire chez les néo-Canadiens et les membres de divers groupes culturels. Ils ont déclaré qu'il y a parfois des circonstances qui rendent particulièrement utiles les OTMC pour les membres de certains groupes, alors que, dans d'autres situations, des obstacles supplémentaires empêchent leur utilisation.

Selon les personnes que nous avons interviewées, les bénéficiaires de milieux culturels qui respectent énormément l'autorité peuvent s'avérer des candidats particulièrement intéressants pour une OTMC. Elles nous ont parlé par exemple d'un client membre de l'une de ces communautés culturelles qui souffrait de troubles mentaux graves et persistants. Diverses tentatives pour répondre aux besoins de ce client ont échoué jusqu'à ce qu'on ait recours à une OTMC. Le client s'est conformé à l'OTMC à tous les égards et les professionnels concernés étaient d'avis que cela était dû au fait que le code social du client lui impose de respecter les règles et l'autorité. Nous avons également entendu dire que l'état du client s'est détérioré rapidement dès que l'OTMC a pris fin.

Des personnes nous ont également dit que les OTMC pouvaient s'avérer très utiles pour obtenir des services à l'intention d'un client d'une communauté dont les membres trouvent particulièrement difficile d'accéder aux services en raison d'une pénurie de traducteurs ou d'un manque généralisé de services. D'autres nous ont dit que les psychiatres et autres professionnels, qui pourraient autrement avoir tendance à rechigner à l'idée d'avoir à traiter de tels patients en raison des difficultés à communiquer avec eux, pourraient se sentir obligés d'être disponibles si leur nom est mentionné dans le plan de traitement en milieu communautaire.

Toutefois, nous avons également entendu dire qu'il y avait souvent des facteurs qui réduisaient les chances, dans certaines circonstances, que les OTMC soient utilisées ou aussi efficaces qu'elles pourraient l'être autrement. Par exemple, un néo-Canadien peut avoir eu de nombreux antécédents psychiatriques, notamment des hospitalisations,

avant son arrivée au Canada. Ces hospitalisations ne satisferont toutefois pas aux exigences relatives à l'état de patient hospitalisé. Il existe également des communautés qui, en raison de la propension de leurs membres à s'occuper des personnes souffrant de troubles mentaux à domicile, ont peu de chance de voir leurs membres être admissibles à une OTMC lorsque la situation atteint un niveau où cela serait autrement indiqué.

On nous a également dit que la prise ou le renouvellement d'une OTMC pour un membre d'une collectivité culturelle qui a des besoins linguistiques ou autres spéciaux peut accroître le fardeau, tel que le besoin de trouver des traducteurs difficiles à localiser, d'un processus déjà complexe et chronophage. Cela suffit parfois à convaincre le clinicien de ne pas prendre ou renouveler l'OTMC.

Nous avons été informés du fait qu'il existe des services de santé mentale adaptés aux besoins culturels, mais qu'ils sont surchargés et à court de personnel et de fonds. Les OTMC sont parfois utilisées pour obtenir des ressources qui ne seraient autrement pas accessibles, mais il y a également des circonstances où une OTMC s'avère moins efficace parce que les services nécessaires pour aider le client dans la collectivité et assurer son bien-être ne sont tout simplement pas offerts.

5.5 L'effet de mentorat

Un certain nombre de psychiatres et autres professionnels de la santé nous ont dit que les OTMC représentent souvent une option viable en milieu hospitalier lorsqu'un membre du personnel clinique dirige le projet. Nous avons entendu dire que, dans certains cas, des paiements à la séance ont été utilisés pour encourager un membre du personnel à prendre les devants. Dans d'autres cas, un membre du personnel s'intéressant à la santé mentale dans le contexte judiciaire ou à la réinsertion communautaire a tout simplement pris les devants. Le responsable des OTMC est parfois, mais pas toujours, le chef du service de psychiatrie.

L'élément commun aux établissements que nous avons visités est le fait que les OTMC semblent être considérées comme un traitement clinique de choix lorsqu'un membre du personnel en prend la direction. Il ou elle devient alors l'expert et le conseiller en tout ce qui a trait aux OTMC, et bien souvent un éducateur. Ce qui est peut-être plus important encore, c'est qu'il ou elle démontre que les OTMC sont un instrument clinique viable et qu'ils sont bientôt suivis par d'autres.

5.6 Coordonnateurs des OTMC

Dans le cadre de la stratégie de mise en œuvre des OTMC, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a financé des coordonnateurs des OTMC dans toute la province. Ces derniers sont affiliés à certains établissements de l'annexe 1 ou à d'autres organismes. Même s'ils ne sont pas désignés par une loi ou même reconnus, les coordonnateurs jouent un rôle central en ce qui concerne les OTMC. Dans de nombreux établissements, des gestionnaires de cas faisant l'objet d'OTMC ont également été embauchés pour gérer en tout ou en partie cette charge de travail.

Pendant notre tournée de la province, nous n'avons cessé d'entendre dire que les coordonnateurs des OTMC étaient très efficaces et fournissaient un service essentiel, sans lequel le programme ne pourrait réussir. Un grand nombre de médecins nous ont dit qu'ils auraient trouvé impossible ou presque impossible de prendre et de superviser les OTMC sans l'aide des coordonnateurs. En règle générale, les coordonnateurs des OTMC préparent les formules plutôt complexes requises. Ils réunissent généralement les différents services et professionnels qui feront partie de l'équipe des OTMC d'un client particulier.

Dans de nombreux cas, les coordonnateurs des OTMC sont devenus les experts locaux en tout ce qui a trait aux OTMC, notamment les questions juridiques et l'accessibilité des services. Ils sont nombreux à offrir régulièrement des programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux professionnels de la santé, aux professionnels aidants, aux bénéficiaires et aux familles. Dans certains hôpitaux, les coordonnateurs participent régulièrement aux réunions de planification des congés afin d'aider les autres membres de l'équipe à évaluer si une personne est ou non un candidat éventuel à une OTMC. Dans d'autres établissements, ils ne participent à ces réunions que sur invitation.

Pendant notre tournée de la province, nous avons maintes fois entendu dire que les OTMC ne sauraient être un traitement viable si ce n'était de la disponibilité, des compétences et du dévouement des coordonnateurs. Il est devenu très clair toutefois que le service des coordonnateurs n'était pas homogène dans toute la province. Il n'existe

pas de coordination ou de supervision globale des coordonnateurs dans la province. Bien qu'ils soient vus comme des experts en ce qui concerne tous les aspects des OTMC, ils n'ont pas eux-mêmes accès à des conseils juridiques ou à d'autres renseignements de haut niveau. De nombreux coordonnateurs ont réussi avec brio à recueillir des statistiques, à effectuer de la recherche élémentaire liée aux OTMC et à mettre en œuvre des programmes de sensibilisation et d'éducation d'envergure, mais cela n'est pas toujours le cas et ils manquent souvent d'appui à cet égard.

Les coordonnateurs ont de façon constante demandé une certaine forme de processus pour obtenir de la formation, des conseils juridiques sommaires et la promotion des pratiques exemplaires. Dans l'ensemble, ils ne sont pas en faveur d'un régime dans le cadre duquel ils relèveraient d'une autorité centrale. Ils appuient, toutefois, la nomination d'une personne pour coordonner la formation, agir en qualité de plaque tournante et se charger de l'évaluation et de la promotion des pratiques exemplaires.

Ils ont également souligné que la fonction de coordonnateur ne repose sur aucun fondement législatif. Ils ont proposé de combler cette lacune.

5.7 La perspective rurale

Des personnes nous ont dit que les OTMC s'étaient à l'occasion avérées très efficaces dans les régions rurales, mais qu'en règle générale, elles n'ont pas prouvé qu'elles étaient une méthode de traitement efficace dans ces parties de la province. Leur succès repose souvent sur la disponibilité d'un psychiatre rattaché à un établissement qui fournit des services de supervision et de soutien aux professionnels des soins de santé de la région et qui se rend sur place à l'occasion.

On nous a dit que le problème dans les régions rurales est en grande partie lié à une pénurie générale de ressources et de services. Les personnes avaient l'impression qu'on ne tenait pas compte des distances et autres défis particuliers dans le processus d'attribution des fonds. Nous avons aussi entendu dire que la pénurie importante de médecins de famille et le manque de psychiatres dans ces régions compliquent énormément la mise en œuvre et le soutien des OTMC.

On nous a parlé de régions qui ont d'excellents liens avec l'établissement de l'annexe 1 le plus proche. Nous avons toutefois aussi entendu qu'il y avait des régions qui avaient de très mauvaises communications avec l'établissement de l'annexe 1. Dans une région, par exemple, le personnel de l'organisme local de santé mentale nous a dit qu'il ne participait jamais au processus de planification des congés de l'hôpital de ses clients ou qu'il n'était même pas informé lorsqu'un client obtenait son congé. Nous avons appris que plusieurs médecins de famille des régions rurales s'étaient chargés de superviser les OTMC, mais qu'ils avaient dû abandonner lorsque le processus était devenu trop difficile.

Les principaux problèmes qui se posent en région rurale semblent être liés à la faible densité de population et à d'immenses régions géographiques. On a fait la suggestion qu'un système complet de soutien aux professionnels de ces régions pourrait faire une énorme différence.

Outre des ressources financières supplémentaires, certains ont suggéré que des infirmières psychiatriques chevronnées pourraient aider grandement ces régions et y effectuer le travail de base nécessaire à la réussite des OTMC. Nous avons également entendu dire que les modèles de mentorat à distance, en vertu desquels les psychiatres et les centres universitaires fournissent un soutien aux régions rurales, constituent des options viables.

5.8 Exécution des OTMC

Pratiquement toutes les personnes présentes aux rencontres qui réunissaient des professionnels aidants et de la santé ainsi que des agents de police ont soulevé la question de l'exécution des OTMC. À quelques exceptions dignes de mention, ces professionnels croient que le mécanisme d'exécution présente de graves défauts.

Le mécanisme d'exécution se trouve à l'article 33.3 de la *Loi sur la santé mentale*. Cet article énonce la procédure à suivre pour appréhender un client faisant l'objet d'une OTMC en cas de défaut suspecté de se conformer à l'ordonnance. Il se lit comme suit :

Révocation anticipée de l'ordonnance pour défaut de se conformer
33.3 (1) Si le médecin qui a pris ou renouvelé l'ordonnance de traitement en milieu communautaire a des motifs valables de croire que la personne visée par l'ordonnance n'a pas rempli les obligations qui lui incombent aux termes du paragraphe 33.1 (9), il peut, sous réserve du paragraphe (2), prendre une ordonnance d'examen de la personne rédigée selon la formule prescrite.

Conditions du prononcé de l'ordonnance
(2) Le médecin ne prend l'ordonnance d'examen visé au paragraphe (1) que si :
a) d'une part, il a des motifs valables de croire que les conditions énoncées aux sous-alinéas 33.1 (4) c) (i), (ii) et (iii) continuent d'être remplies;
b) d'autre part, des efforts raisonnables ont été faits pour :
(i) trouver la personne,
(ii) informer la personne de son défaut de se conformer à l'ordonnance ou, si elle est incapable au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, en informer son mandataire spécial,
(iii) informer la personne ou son mandataire spécial de la possibilité que le médecin prenne une ordonnance d'examen et des conséquences possibles,
(iv) fournir à la personne l'aide voulue pour lui permettre de se conformer aux conditions de l'ordonnance.

Retour de la personne chez le médecin
(3) Pendant la période de 30 jours suivant son prononcé, l'ordonnance prise en vertu du paragraphe (1) constitue une autorisation suffisante pour qu'un agent de police appréhende la personne qui y est désignée et l'amène promptement chez le médecin qui a pris l'ordonnance.

Évaluation dès le retour de la personne
(4) Le médecin examine la personne promptement afin de déterminer si, selon le cas :
a) il devrait présenter une demande d'évaluation psychiatrique de cette personne en vertu de l'article 15;
b) il devrait prendre une autre ordonnance de traitement en milieu communautaire si la personne ou son mandataire spécial consent au plan de traitement en milieu communautaire;
d) on devrait relâcher la personne sans l'assujettir à une ordonnance de traitement en milieu communautaire.

Le paragraphe 33.5 (2) de la Loi prévoit ce qui suit :

Nomination d'un autre médecin
(2) Si le médecin qui prend ou renouvelle une ordonnance de traitement en milieu communautaire est absent ou, pour tout autre motif, est incapable de s'acquitter des responsabilités qui lui incombent aux termes du paragraphe (1) ou de l'article 33.2, 33.3 ou 33.4, il peut nommer un autre médecin pour agir à sa place, avec le consentement de celui-ci.

Un médecin autorisé qui a des motifs pour le faire peut faire valoir cet article en signant la formule 47 en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. La formule signée est alors remise à la police qui est autorisée par la Loi à appréhender la personne désignée et à l'amener chez le médecin qui a signé l'ordonnance. Comme le mentionne l'article ci-dessus, le médecin doit alors examiner la personne afin de déterminer s'il doit remplir une formule 1, prendre une autre OTMC ou relâcher la personne sans l'assujettir à une telle ordonnance. La Loi ne dit pas si la première OTMC reste en vigueur si aucune de ces options n'est choisie.

La vaste majorité des professionnels qui ont assisté à nos séances ont indiqué que le libellé du paragraphe 33.3 (4), son interprétation courante et l'effet de ce libellé soulèvent un problème. D'une réunion à l'autre, des professionnels nous ont informés qu'on leur avait dit que le libellé de ce paragraphe signifie que l'appréhension aux termes de ce paragraphe met un terme à l'OTMC et que les seuls choix dans ces circonstances sont de prendre une nouvelle ordonnance, de détenir la personne selon la formule 1 ou de la laisser partir dans la collectivité. Alors que la question est en attente d'une interprétation définitive de la cour, il importe de noter que la Commission du consentement et de la capacité a, en fait, statué à un certain nombre d'occasions que l'appréhension selon la formule 47 annule effectivement l'OTMC.

L'interprétation commune voulant que le processus fondé sur la formule 47 donne lieu à l'annulation de l'OTMC a eu un certain nombre de répercussions. D'abord, de nombreux professionnels ont adopté une attitude cynique à l'égard des OTMC en général, croyant, comme de nombreux autres nous l'ont déclaré, que « les OTMC manquent

de sévérité ». Cela a incité un grand nombre de professionnels à ne pas s'en servir. Il est devenu évident pendant les consultations que la désillusion à l'égard du processus d'exécution est l'une des principales raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas recours aux OTMC dans des situations où elles pourraient autrement être efficaces.

Cette interprétation de l'effet de l'appréhension en vertu d'une formule 47 a donné lieu à une pratique généralisée consistant à éviter d'utiliser la formule 47 en trouvant d'autres méthodes d'appréhension, telles que l'utilisation de la formule 1. Nous avons également entendu dire que certains médecins étaient enclins à permettre au patient de retourner vivre au sein de la collectivité sans prendre de nouvelle OTMC, plutôt que de suivre le processus de prise d'une nouvelle OTMC après une appréhension en vertu de la formule 47. Dans l'un des cas qui ont été portés à notre attention, un patient est décédé dans des circonstances troublantes après avoir été amené sous bonne garde conformément à la formule 47, puis libéré puisque la personne responsable était convaincue que l'OTMC n'était plus valide.

Il importe de noter que, bien que la grande majorité de ces professionnels croient que le mécanisme d'exécution a des points faibles, ils ne s'entendent toutefois pas quant à l'importance du problème. Ces différences peuvent s'expliquer par les points de vue divergents qu'ont les différents professionnels quant à l'importance de l'exécution dans la réussite des ordonnances de traitement en milieu communautaire. La majorité de ceux avec lesquels nous nous sommes entretenus croient que l'exécution est un élément important mais non primordial des OTMC. Deux autres groupes plus petits de professionnels croient, d'une part, que l'exécution est une question connexe sans grande conséquence et, d'autre part, que l'exécution est l'essence même du processus des OTMC et que la réussite est directement liée à la force ou à la faiblesse du mécanisme d'exécution.

Nous avons entendu un certain nombre de médecins et d'autres professionnels de la santé et aidants dire que la nécessité d'amener la personne appréhendée faisant l'objet d'OTMC au médecin qui a pris l'ordonnance est un élément dissuasif important en ce qui concerne l'utilisation des OTMC. Ces médecins croient que le niveau de responsabilité personnelle qu'ils assument à l'égard des OTMC constitue une imposition injustifiable qui peut éventuellement porter atteinte à leur capacité de gérer leur pratique et de s'absenter. Certains de ces médecins se préoccupent du fait que le niveau de responsabilité personnelle constante augmente le niveau de risque de responsabilité civile auquel ils sont confrontés. Plusieurs de ces médecins ont souligné l'utilisation de l'expression « médecin traitant » dans le processus de garde obligatoire comme élément prouvant qu'il est possible de trouver des solutions de rechange effectives.

Beaucoup de professionnels ont dit craindre que la nécessité d'amener chez le médecin qui a signé la formule 47 une personne appréhendée en vertu de cette formule cause des problèmes lorsque le client n'habite plus dans la région. Ils ont mentionné la réticence des policiers à transporter les clients sur de longues distances ou à les amener à un médecin donné plutôt qu'à l'hôpital le plus proche.

Un grand nombre de membres des forces policières nous ont également fait part de leurs inquiétudes à l'égard du processus d'exécution. Ces inquiétudes sont décrites ci-dessous, sous le titre « 5.9 Perspective de la police et des autres intervenants de l'appareil judiciaire ».

Une minorité de professionnels avec qui nous nous sommes entretenus croient que la loi devrait autoriser les traitements forcés en cas de non-conformité. Certains sont allés jusqu'à dire que les OTMC sont dénuées de sens sans ce pouvoir. D'aucuns ont suggéré que les traitements forcés devraient être permis dans des établissements de la collectivité. D'autres croient que la loi devrait permettre d'amener le patient appréhendé dans un hôpital ou une clinique à des fins de traitement. Des sentiments aussi forts ont été exprimés par un grand nombre de professionnels qui s'opposent à ce point de vue. En règle générale, ils nous ont dit que forcer un traitement dans le cadre d'une OTMC aurait pour effet d'aliéner leurs clients, de constituer une atteinte injustifiée à l'autonomie de ces personnes et de faire obstacle à l'objectif principal qui est d'établir une relation de confiance avec le client. Ils étaient nombreux à croire que le traitement forcé était tout simplement inutile. Ces professionnels font partie d'un groupe assez important qui croit que la réussite des OTMC repose sur une bonne planification des congés, le tissage de liens entre les professions responsables des patients internes et externes qui favorise la compréhension et la continuité des soins et la capacité de créer un cadre qui attribue des rôles et des responsabilités à toutes les personnes concernées.

Certains des professionnels que nous avons rencontrés étaient d'avis que le régime actuel des OTMC permet efficacement de traiter une population donnée, mais que ce qui est parfois considéré comme une « OTMC de niveau deux » est nécessaire pour se charger des personnes gravement malades qui manquent totalement d'intuition et ne

peuvent ou ne veulent pas collaborer à la réussite du plan de traitement. Certains ont suggéré que cet instrument nécessiterait vraisemblablement l'autorisation préalable d'un tribunal ou de la Commission du consentement et de la capacité et qu'il devrait s'accompagner d'un grand pouvoir d'exécution et d'autres dispositions, ainsi que d'un processus continu d'examen judiciaire semblable à celui du système de la Commission ontarienne d'examen.

5.9 Perspective de la police et des autres intervenants de l'appareil judiciaire

Nous avons reçu des commentaires écrits de plusieurs services de police. Nous avons rencontré des représentants de nombreux services de la province ainsi qu'un bon nombre d'agents de probation et de libération conditionnelle. Nous avons également rencontré un représentant du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Comme c'est le cas dans beaucoup d'autres secteurs, le point de vue des professionnels de l'appareil judiciaire concernant les OTMC diffère profondément dans la province. Nous avons constaté qu'une minorité de ces professionnels sont très satisfaits du programme et croient qu'il est utile et efficace, alors que la majorité pense qu'il est imparfait et qu'il doit être modifié.

Les préoccupations et les opinions des membres de l'appareil judiciaire se classent en deux catégories. La première porte sur les questions liées directement au programme des OTMC, tel qu'il s'est développé. La seconde révèle une frustration beaucoup plus profonde qui se fonde sur la croyance que de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux graves pourraient être, mais ne sont pas, déjudiciarisées pour être confiées au système de soins de santé mentale au moyen d'OTMC. Cette question est traitée ci-dessous, dans la section intitulée « 5.10 Les OTMC et le processus de justice pénale ».

La police de Penetanguishene nous a fait part de son expérience très positive du programme des OTMC. Elle nous a révélé qu'elle était souvent mentionnée dans le plan de traitement en milieu communautaire et que cela permettait d'ouvrir les voies de communication, qu'il soit question des renseignements sur les clients ou des rapports avec les divers professionnels de la santé, aidants et organismes qui travaillent auprès des clients. Elle nous a dit que le fait de travailler au sein de l'équipe des OTMC lui permet d'établir des relations personnelles et non antagonistes avec le client et de communiquer avec lui en périodes calmes. Les membres policiers du Crisis Outreach and Support Team de la collectivité de Hamilton étaient tout autant positifs à l'égard de leur expérience des OTMC.

Un grand nombre d'autres agents de police et représentants officiels étaient toutefois moins positifs au sujet de leur expérience des OTMC. Beaucoup ont exprimé de la frustration quant à l'interprétation courante voulant que l'OTMC prenne fin en cas d'appréhension en vertu d'une formule 47 (Ordonnance d'examen, paragraphes 33.3 (1) et 33.4 (3) de la Loi). Un grand nombre d'agents de police se sentent également préoccupés par la nécessité d'amener le client chez le médecin qui a signé la formule ou chez la personne désignée. Cela a parfois nécessité le transport de clients sur de longues distances. Nous avons entendu dire que certains services de police en sont venus à se contenter de transporter le client appréhendé jusqu'aux limites de la zone qu'ils desservent, où il est alors transféré à un autre service de police chargé de l'amener chez le médecin qui a signé la formule ou, dans certains cas, de le transférer à un autre service comme s'il s'agissait d'un paquet dont on cherche à se débarrasser le plus vite possible, jusqu'à ce qu'il soit enfin livré au médecin qui a signé la formule.

Nous avons également entendu parler de services de police qui insistent pour que les hôpitaux aient recours à des agents en service privé pour appréhender des personnes faisant l'objet d'une formule 47. Dans d'autres cas, on ne tient pas compte de la nécessité d'amener le patient chez le médecin qui a signé la formule et on se contente de l'amener à l'unité d'urgence la plus proche. Il importe de noter qu'il y a tout lieu de s'interroger sur la compétence de l'hôpital qui reçoit une personne dans de telles circonstances.

D'autres problèmes ont également été soulevés en ce qui concerne la nature et l'étendue des pouvoirs de la police lorsqu'elle tente d'appréhender des personnes faisant l'objet d'OTMC. La formule 1 (Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin) et la formule 47 n'accordent aucun pouvoir explicite d'entrer de force dans une habitation ou tout autre lieu au cours d'une appréhension effectuée en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Cependant, certains ont souligné qu'il existe une différence fondamentale entre entrer conformément aux dispositions traditionnelles de la loi relatives aux motifs de danger et entrer en vertu des pouvoirs que confère la formule 47. Dans le premier cas, l'entrée est légalement justifiée parce que l'agent a évidemment le droit de supposer qu'une entrée immédiate est nécessaire pour empêcher que des lésions corporelles graves soient infligées à

une personne. Dans le second cas, il est impossible de faire une telle supposition. Si ce raisonnement est exact, les agents n'auraient donc pas le droit d'entrer et l'efficacité des OTMC s'en verrait manifestement réduite.

Nous avons également entendu dire qu'un grand nombre d'agents de police sont peu enthousiastes à l'idée de s'occuper d'affaires liées à la *Loi sur la santé mentale* parce que l'appréhension d'une personne en vertu de la Loi s'accompagne souvent de longues périodes d'attente à l'hôpital.

Beaucoup de représentants de la police nous ont fait part de leur cynisme à l'égard de la Loi qui, selon eux, prévoit des mesures d'exécution insuffisantes pour atteindre ses objectifs.

5.10 Les OTMC et le processus de justice pénale

Au cours de nos consultations, nous avons rencontré de nombreux professionnels de la santé mentale, des probations, de la police et des politiques ainsi que des membres de familles qui ont exprimé beaucoup de frustration et d'inquiétude face au fait que des personnes qui, à leur avis, pourraient être prises en charge de façon efficace en vertu d'OTMC se retrouvent dans l'appareil de justice pénale.

Nous avons rencontré une psychiatre qui passe un après-midi par semaine dans un petit bureau à côté d'une salle d'audience dans le cadre d'un projet de déjudiciarisation pour cause de troubles mentaux. Elle nous a dit avoir rencontré de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux graves qui sont constamment impliquées dans des affaires de délit mineur. Elle nous a expliqué que leurs soins psychiatriques se limitent souvent aux quelques minutes qu'elle passe avec eux et aux échantillons gratuits d'antipsychotiques qu'elle leur donne. Elle a déclaré qu'il est presque impossible que ces personnes soient prises en charge par le système officiel de santé mentale parce qu'elles n'ont souvent pas d'adresse permanente ou de carte d'assurance-santé, qu'elles sont souvent sans logement et fréquemment nomades. La plupart n'ont pas de médecin de famille ou de psychiatre et les psychiatres affiliés à un hôpital hésitent, d'après ce qu'elle en sait, à leur prodiguer des soins. Ces personnes ne sont pas admissibles à une OTMC parce que, même si leur état est souvent de longue date, elles n'ont habituellement pas d'antécédents de traitement réussi ou d'hospitalisation.

Des agents de police nous ont dit être troublés par le nombre élevé de personnes souffrant clairement de troubles mentaux qui sont aux prises avec la justice. Les agents de police ne sont pas enchantés d'être forcés de participer à la criminalisation des personnes souffrant de troubles mentaux. On nous a dit que la déjudiciarisation doit être possible à toutes les étapes du processus.

Nous avons entendu parler de faits analogues par des agents de probation frustrés qui nous ont dit qu'une grande partie de leur volume de travail est constituée de personnes qui souffrent de troubles mentaux graves non traités. Le bureau de probation croit que les outils normaux de probation ne donnent souvent pas de résultats positifs les clients sont souvent incapables de respecter les exigences de l'ordonnance de probation ou, parfois même, de les comprendre.

Nous avons entendu dire qu'un grand nombre de personnes libérées à la fin de leur sentence semblent être des candidats idéaux pour une OTMC, mais qu'elles ne sont pas retenues parce qu'elles n'ont aucune relation avec le système de santé mentale et, dans certains cas, ont passé les trois dernières années en prison plutôt que dans un hôpital et ne sont donc pas admissibles.

Nous avons rencontré un psychiatre légiste qui fait partie du personnel d'un établissement psychiatrique de l'annexe 1 et qui travaille également auprès du tribunal. Il a créé de son propre chef un programme de déjudiciarisation officieux dans le cadre duquel les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves peuvent faire l'objet d'une OTMC, souvent assortie d'une libération conditionnelle en vertu de l'appareil de justice pénale. Il travaille en collaboration avec le coordonnateur local des OTMC, l'aide judiciaire chargé de la déjudiciarisation pour cause de troubles mentaux, les procureurs de la Couronne, les avocats de la défense et les juges. Il croit que son programme s'est avéré efficace dans certains cas pour détourner des personnes de l'appareil de justice pénale en créant pour eux un cadre communautaire qui prévoit une supervision et des services qui répondent à leurs besoins tout en donnant aux différents intervenants de l'appareil de justice pénale une latitude suffisante pour accepter le plan de déjudiciarisation à la place d'une incarcération probable.

Des agents de probation et des questionnaires de cas nous ont également dit qu'un certain nombre d'autres cas ont été déjudiciarisés avec succès d'une façon similaire à celle qui est décrite ci-dessus.

5.11 Mandataires spéciaux

Lorsque le programme des OTMC a été imposé par la loi en Ontario, l'Assemblée législative a décidé de définir les OTMC comme étant des traitements au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* (LCSS). Cela a eu pour effet d'emprunter le concept de mandataire spécial prévu dans cette loi. Il importe de noter toutefois qu'il existe une différence fondamentale entre un mandataire spécial qui consent à une OTMC et les autres mandataires spéciaux au sens de la LCSS.

Les mandataires spéciaux en vertu de la LCSS prennent souvent des décisions capitales au nom de la personne visée. Ils peuvent être appelés à décider si la personne devrait être admise dans une maison de soins infirmiers ou être autorisée à retourner chez elle, qu'elle subisse une intervention chirurgicale complexe ou que des médicaments puissants lui soient administrés, et parfois même s'il est trop tard pour entreprendre un traitement de survie. Ils n'exercent toutefois aucun contrôle sur les facettes de la vie du sujet qui ne sont pas couvertes par les décisions qu'ils prennent en vertu de la Loi. En d'autres termes, un mandataire spécial ne se trouve pas dans la même position que le tuteur ou le parent d'un jeune enfant.

Un mandataire spécial qui a consenti à une OTMC occupe une position fondamentalement différente de celle qui est décrite ci-dessus. Contrairement à d'autres traitements, une OTMC exerce un contrôle continu, potentiellement sur de nombreuses facettes de la vie du client, dont bon nombre vont au-delà des domaines qui feraient normalement partie des composantes d'un traitement. Ce qui veut donc dire qu'un mandataire spécial qui a consenti à une OTMC peut également exercer un contrôle immense sur de nombreux aspects de la vie du patient. Il importe de noter qu'une OTMC est, de par sa nature même, continue et que nombre de mandataires spéciaux qui ont consenti à une OTMC ont des responsabilités particulières énoncées dans le plan de traitement en milieu communautaire qui s'ajoutent à leur rôle de mandataire original. Outre cela, la *Loi sur la santé mentale* leur donne un accès étendu aux renseignements sur la santé du client.

Il ne faut pas sous-estimer les difficultés et les défis auxquels les familles et les dispensateurs de soins doivent faire face pour répondre aux besoins d'êtres proches qui souffrent de graves problèmes de santé mentale. Il y a peu de doute sur le fait que la plupart des mandataires spéciaux qui consentent à une OTMC s'acquittent de leurs responsabilités délicates avec soin et dévotion. Il est toutefois tout aussi évident que la question des mandataires spéciaux qui consentent à une OTMC mérite un examen consciencieux étant donné les facteurs susmentionnés et le fait que l'efficacité et la réussite d'une OTMC seront vraisemblablement étroitement liées aux décisions que prend le mandataire spécial.

Un certain nombre de bénéficiaires et de protecteurs ont soulevé la question des mandataires spéciaux. Nous avons entendu parler d'une petite minorité de mandataires spéciaux qui « abusent » de leurs pouvoirs. Nous avons rencontré une cliente qui fait depuis longtemps l'objet d'une OTMC et dont le conjoint est le mandataire spécial. Elle nous a dit qu'une relation déjà difficile et plutôt abusive s'était grandement détériorée et était devenue, selon elle, effrayante depuis que son conjoint était autorisé, en vertu de l'OTMC, à contrôler encore plus d'aspects de sa vie et à consolider davantage un rapport de force inéquitable déjà troublant.

Nous avons également reçu des renseignements au sujet d'une patiente qui a déclaré que son mandataire spécial est un parent qui l'a déjà maltraitée. Des coordonnateurs des OTMC nous ont dit que certains mandataires spéciaux prenaient des décisions sans consulter le client. D'autres protecteurs des bénéficiaires et des conseillers juridiques de patients nous ont dit que la question des mandataires spéciaux incompétents est un problème connu qui a été soulevé dans un certain nombre de cas différents depuis la création du programme des OTMC. Nous avons l'impression qu'il s'agit d'une question qui se pose un peu partout.

Nous avons également entendu dire que la façon dont les mandataires spéciaux sont informés de leurs responsabilités et dont ils s'en acquittent pose parfois des problèmes. Les patients en mesure de prendre des décisions à leur propre sujet ne sont assujettis à aucune règle. On ne peut pas en dire autant des mandataires spéciaux. Ils doivent prendre leurs décisions conformément aux règles énoncées à l'article 21 de la LCSS. Cet article exige que le mandataire spécial respecte le désir le plus récent exprimé par le client lorsqu'il était capable si les circonstances le permettent, s'il est possible de se conformer à ce désir et si le patient avait au moins 16 ans révolus

lorsqu'il l'a exprimé. Si le client n'a exprimé aucun désir exécutoire lorsqu'il était capable, le mandataire spécial doit prendre la décision après avoir examiné un certain nombre de facteurs énumérés dans cet article. Ces facteurs sont les suivants :

> 21. (2) Lorsqu'elle décide de ce qui est dans l'intérêt véritable de l'incapable, la personne qui donne ou refuse son consentement au nom de celui-ci tient compte de ce qui suit :
>
> a) les valeurs et les croyances qu'elle sait que l'incapable avait lorsqu'il était capable et conformément auxquelles elle croit qu'il agirait s'il était capable;
>
> b) les désirs qu'elle sait que l'incapable a exprimés à l'égard du traitement et auxquels il n'est pas obligatoire de se conformer aux termes de la disposition 1 du paragraphe (1);
>
> c) les facteurs suivants :
>
> 1. S'il est vraisemblable ou non que le traitement, selon le cas :
>
> i. améliorera l'état ou le bien-être de l'incapable,
>
> ii. empêchera la détérioration de l'état ou du bien-être de l'incapable,
>
> iii. diminuera l'ampleur selon laquelle ou le rythme auquel l'état ou le bien-être de l'incapable se détériorera vraisemblablement.
>
> 2. S'il est vraisemblable ou non que l'état ou le bien-être de l'incapable s'améliorera, restera le même ou se détériorera sans le traitement.
>
> 3. Si l'effet bénéfique prévu du traitement l'emporte ou non sur le risque d'effets néfastes pour l'incapable.
>
> 4. Si un traitement moins contraignant ou moins perturbateur aurait ou non un effet aussi bénéfique que celui qui est proposé.

Le mandataire spécial ne peut tenir compte de facteurs qui ne sont pas mentionnés dans cette liste lorsqu'il prend sa décision.

Dans le cas de décisions au nom d'autrui, un praticien de la santé est tenu, aux termes de la Loi, de faire part au mandataire spécial des règles en matière de décisions au nom d'autrui. (Voir *M., A. c. Benes*, Cour d'appel de l'Ontario, novembre 1993, paragraphe 24 : « Lorsque les mots "conformément à la présente loi" sont interprétés d'une manière conforme à la *Charte* et qu'on leur donne l'interprétation équitable, libre et libérale qu'ils méritent afin de réaliser au mieux les objets de la Loi, nous sommes persuadés que l'alinéa : 10 (1) b) impose aux praticiens de la santé l'obligation de veiller à ce que les mandataires spéciaux comprennent les exigences de l'article 21 de la Loi lorsqu'ils décident s'ils doivent donner ou refuser de donner leur consentement au traitement proposé ».) [*traduction*]

Il nous semble, d'après les entrevues que nous avons menées, que la plupart des médecins cherchant à obtenir un consentement relatif aux OTMC ne transmettent pas ces renseignements et ne sont pas, en fait, au courant de leur obligation à cet égard. Nous avons également compris, toutefois, que le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques essaie de communiquer ces règles aux mandataires spéciaux lorsqu'il leur fournit des conseils en matière de droits. Il est à noter cependant que le BIPEP nous a également dit qu'un certain nombre de mandataires spéciaux se sont révélés moins qu'entièrement coopératifs et attentifs aux conseils en matière de droits. Le fait qu'on nous ait dit qu'un certain nombre de mandataires spéciaux ont fait clairement comprendre au BIPEP qu'ils ont l'intention d'opter en faveur des OTMC ou non comme bon leur semble, sans tenir compte des désirs exprimés par le client lorsqu'il était capable ou des autres facteurs énoncés à l'article 21, nous préoccupe cependant davantage.

5.12 Paiement des médecins

La question du paiement des médecins a été soulevée au cours de nos consultations à la fois par les médecins et les autres professionnels et gestionnaires de la santé. Elle s'est présentée dans un certain nombre de contextes. Nous avons entendu à quelques reprises qu'un médecin rémunéré à l'acte ne travaillant pas dans un établissement de l'annexe 1 considérerait les OTMC comme une proposition non viable parce que la somme de travail qu'elles exigent n'est pas rémunérée ou l'est à un taux horaire en fait de beaucoup inférieur à ce qu'ils obtiennent pour d'autres tâches.

Nous avons entendu dire que la quantité impressionnante de renseignements qu'exige l'Assurance-santé de l'Ontario chaque fois qu'une demande de paiement est soumise dissuade les médecins de présenter des demandes en vertu des

tarifs des OTMC et pourrait, en bout de ligne, les dissuader de les utiliser. De façon plus générale, nous avons entendu dire que les OTMC sont beaucoup moins bien rémunérées que les autres options quotidiennes que peuvent choisir les psychiatres qui travaillent en milieu hospitalier, ce qui a amené un groupe de psychiatres dont le nombre est indéterminé à ne pas participer à ce programme. Par ailleurs, un certain nombre de psychiatres qui reconnaissent cette réalité nous ont dit que cela n'avait pas influencé leur désir de participer au processus des OTMC.

Le gouvernement a remis aux établissements psychiatriques de la province des sommes d'argent qui doivent servir à payer à la séance les médecins qui participent au processus des OTMC. On nous a dit que, dans certaines régions, ces fonds ont très bien réussi à faciliter la prise d'OTMC en rémunérant les médecins qui donnent ou assistent à des événements éducatifs, se préparent à des audiences relatives aux OTMC, agissent en qualité de mentors officiels ou officieux auprès de leurs collègues pour répondre aux questions liées aux OTMC et participent à d'autres activités liées à ces ordonnances. Dans certains hôpitaux, ces fonds auraient, selon les dires, été très efficaces et dépensés à bon escient. Il semble toutefois exister un certain niveau d'incohérence dans la province. Nous avons entendu dire que les représentants régionaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée autorisaient certaines utilisations de ces fonds dans une région, alors que leurs collègues d'une autre partie de la province pourraient refuser l'utilisation de ces fonds à des fins similaires. Nous avons également entendu dire que ces fonds n'étaient pas du tout utilisés dans certaines régions.

Un certain nombre de médecins d'une partie de la province ont refusé de nous rencontrer à moins d'être payés pour le faire. Ce manque d'empressement apparent à participer à une activité d'une importance potentielle évidente pour le système et les patients qu'ils traitent à moins d'être rémunérés directement soulève évidemment un certain nombre de questions inquiétantes.

5.13 Assurance de la qualité et uniformité d'une région à l'autre de l'Ontario

Plus nous nous déplacions dans la province, plus l'incohérence en ce qui a trait à l'utilisation des ordonnances de traitement en milieu communautaire devenait évidente. Dans certains établissements, on ne prend jamais d'OTMC. Dans d'autres, elles représentent le traitement de choix et sont utilisées sur une grande échelle. Dans certaines régions, un faible pourcentage de psychiatres prennent des OTMC. Dans d'autres, la plupart le font. Dans certains hôpitaux, le chef du service de psychiatrie est convaincu du bien-fondé du programme des OTMC, alors que, dans d'autres, il est au mieux ambivalent à cet égard. Dans certains établissements, la clientèle faisant l'objet d'OTMC se répartit plus ou moins en personnes capables et incapables. Dans d'autres établissements, les OTMC ne sont seulement utilisées ou presque uniquement utilisées pour les personnes qui font partie de l'une ou l'autre de ces catégories.

Dans certaines régions, les clients et les mandataires spéciaux participent aux discussions et font partie de l'équipe lorsqu'une OTMC est prise. Dans d'autres, on leur présente les OTMC comme un *fait accompli.* Dans certaines parties de la province, les plans de traitement en milieu communautaire constituent des instruments exhaustifs permettant de vivre dans la collectivité et faisant la promotion du bien-être. Dans d'autres, ils sont principalement liés aux questions de médication. Dans certains endroits, les professionnels de l'hôpital et ceux de la collectivité forment une équipe très soudée. Dans d'autres, le fossé qui les sépare est plus grand.

La grande majorité des professionnels de la santé que nous avons rencontrés croient fermement qu'il est erroné de croire que les ordonnances de traitement en milieu communautaire constituent un traitement qui convient à la plupart des clients souffrant de troubles mentaux. Ils sont nombreux à penser que, sur le plan de l'éthique, il n'est pas approprié d'avoir recours à un traitement comme les OTMC, à moins d'indications claires à cet effet et qu'aucune autre solution raisonnable n'est possible. Dans certaines régions, toutefois, les OTMC semblent être un traitement de choix, qui est utilisé par un grand nombre de personnes et qui représente souvent, semble-t-il, une façon d'accéder aux ressources dont le client ne pourrait autrement disposer. De nombreux psychiatres et autres professionnels de la santé et aidants avec lesquels nous nous sommes entretenus croient que les OTMC portent, de façon inhérente, atteinte à l'autonomie d'un client et, de ce fait, devraient être utilisées avec modération et seulement lorsqu'elles sont manifestement appropriées. D'autres professionnels nous ont dit qu'ils ne croyaient pas que les clients faisant l'objet d'OTMC avaient un prix à payer sur le plan de leur autonomie personnelle.

Dans certaines parties de la province, les équipes locales de traitement communautaire dynamique offrent des services de gestion de cas aux clients faisant l'objet d'OTMC. Dans d'autres, elles ne le font pas. Dans certaines régions, les services de gestion de cas pour les clients faisant l'objet d'OTMC sont intégrés au programme local de

soins communautaires. Dans d'autres, des gestionnaires de cas spécialisés en la matière gèrent la plupart ou l'ensemble des clients faisant l'objet d'OTMC. Dans d'autres régions encore, la situation est mitigée. Dans certaines parties de la province, les gestionnaires et les coordonnateurs des cas faisant l'objet d'OTMC font partie du même organisme. Dans d'autres, ils sont embauchés par des organismes différents. Dans certaines régions, les coordonnateurs locaux des OTMC relèvent tous du même organisme. Dans d'autres, ils sont tous rattachés à un hôpital ou à un organisme différent. Dans certaines régions, la transition de la gestion des cas faisant l'objet d'OTMC à d'autres services est harmonieuse. Dans d'autres, il arrive souvent que le patient doive attendre pendant une période prolongée que son nom figure au haut de la liste d'attente des autres services pour y avoir accès une fois que l'OTMC a pris fin. Le taux d'utilisation des OTMC varie de façon marquée d'une région à l'autre de la province.

On nous a dit qu'il n'existait pas de lignes directrices provinciales concernant les OTMC. Contrairement à l'internement civil qui prévoit une seconde opinion, l'examen par un dirigeant responsable, le partage des responsabilités entre le clinicien et l'hôpital et l'examen officieux par les pairs, le processus des OTMC ne comprend pas de tels mécanismes intégrés. Le seul examen imposé par la Loi est un examen juridique auprès de la Commission du consentement et de la capacité. Des commentaires de nombreux psychiatres et autres personnes avec lesquels nous nous sommes entretenus, il est ressorti clairement que le processus de la Commission contourné de façon régulière et intentionnelle dans de nombreuses régions en acceptant les consentements de clients dont la capacité peut être mise en question, en évitant de prendre des OTMC dans le cas de clients qui ont fait la preuve de leur incapacité et en laissant les OTMC arriver à échéance afin d'éviter l'examen obligatoire.

Il est devenu apparent que les coordonnateurs des OTMC offrent un certain niveau d'assurance de la qualité dans certaines régions. Dans la plupart des localités, ils participent activement à l'étude détaillée des candidats aux OTMC afin de veiller à la pertinence et au respect du processus. Par contre, dans d'autres régions, leur rôle est beaucoup plus limité. Une minorité de psychiatres ne demandent pas aux coordonnateurs de participer au processus et ils ne sont pas tenus de le faire. Même lorsque les coordonnateurs sont un maillon du processus, ils ne disposent pas de lignes directrices provinciales, de sources cohérentes d'encadrement ou d'accès à des conseils juridiques ou à un ensemble de connaissances autre que celui qu'ils ont créé pour leurs propres besoins.

5.14 La paperasse

La création d'une OTMC est un processus à plusieurs étapes. Il faut avant tout proposer un plan de traitement en milieu communautaire.

Le nombre d'étapes à franchir et le volume de paperasse nécessaire pour prendre et renouveler une OTMC représentent clairement un problème d'envergure pour de nombreux cliniciens et autres professionnels connexes de la province. Un nombre appréciable de psychiatres nous ont dit que le nombre de documents à remplir et d'étapes à franchir ne constitue pas un problème important parce que les coordonnateurs des OTMC se chargent de la paperasse. On compte toutefois un nombre important d'autres psychiatres qui nous ont dit que, même s'ils reconnaissaient l'aide que leur apportent les coordonnateurs, la paperasse et les étapes entourant la création et le renouvellement d'une OTMC représentent un facteur important de dissuasion. D'aucuns ont proposé de combiner ou d'éliminer des formules et d'envisager la possibilité de rationaliser le processus.

De nombreux cliniciens ont également formulé des commentaires sur la formule de facturation spéciale de l'Assurance-santé concernant les OTMC. Ils nous ont dit que cette formule était tellement compliquée et onéreuse qu'ils préfèrent l'ignorer et utiliser des codes de facturation moins rémunérateurs mais plus simples lorsqu'ils effectuent du travail lié aux OTMC. Il semble que cette question fait naître beaucoup de ressentiment chez certains et est un important facteur qui dissuade les cliniciens d'utiliser les OTMC.

5.15 Examen des solutions de rechange moins contraignantes

De nombreux professionnels nous ont dit qu'ils n'envisageaient pas l'utilisation d'une OTMC, sauf lorsque des mesures moins contraignantes avaient été examinées et rejetées. Cependant, ils sont également nombreux à déclarer qu'ils ne considèrent pas les ordonnances de traitement en milieu communautaire comme portant atteinte aux libertés personnelles et ne semblent pas participer au processus décrit ci-dessus. Comme nous l'avons mentionné ailleurs dans le présent rapport, il semble, par exemple, y avoir une propension dans certains endroits à utiliser les OTMC comme un moyen pratique de permettre au client de passer en tête de liste des services.

5.16 Consentement volontaire aux ordonnances de traitement en milieu communautaire

Le plan de traitement en milieu communautaire est au cœur de chaque ordonnance de traitement en milieu communautaire. Le plan de traitement est défini comme un traitement aux fins de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. Comme c'est le cas pour chaque traitement proposé au sens de cette loi, le consentement volontaire, informé et libre d'une personne capable est requis. Le patient prend la décision de consentir ou non au plan de traitement en milieu communautaire s'il en est capable. Si le patient est incapable, la décision est alors prise par le mandataire spécial compétent conformément à l'article 20 de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*.

L'article 4 de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* prévoit ce qui suit :

> « Toute personne est capable à l'égard d'un traitement [...] si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement [...] et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. »
>
> L'article se poursuit en prévoyant une présomption de capacité et déclare que le praticien : « a le droit de s'appuyer sur la présomption de capacité dont bénéficie un [patient], sauf [s'il] a des motifs raisonnables de croire que ce [patient] est incapable à l'égard du traitement [...] ».

La Cour d'appel de l'Ontario a déclaré que cela signifiait que le praticien a le droit de s'appuyer sur la présomption de capacité lorsqu'il a des motifs raisonnables de le faire, mais qu'il ne doit pas faire l'autruche. (Khan c. St. Thomas Psychiatric Hospital (1992), 87 D.L.R. (Fourth) 289).

L'exigence voulant que le traitement ne puisse être offert sans un consentement approprié est un principe fondamental de notre droit et est en fait entériné dans un protocole international dont le Canada est signataire. Ce protocole, qui s'intitule « Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale », a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la résolution 46/119 de décembre 1991.

Afin d'être valide d'un point de vue légal, le consentement doit être volontaire et informé et donné par une personne capable. La question du caractère volontaire est particulièrement préoccupante à l'égard des patients qui espèrent obtenir leur congé. La plupart des lois sur la santé adoptées en Ontario au cours des 15 dernières années reposent sur une étude commandée par le gouvernement provincial qui était présidée par le professeur David Weisstub, dont le rapport intitulé *Enquête sur la capacité mentale : Rapport final* a été publié en 1990. Les commentaires qui suivent figurent à la page 92 de ce rapport :

> Le caractère volontaire est particulièrement pertinent dans le cas du traitement des personnes vulnérables comme les détenus, les personnes souffrant d'un trouble du développement et de maladie mentale, les enfants et les personnes âgées, surtout si le traitement est administré en établissement. Le traitement peut être lié à des mesures coercitives, notamment des promesses de libération, de privilèges accrus, ou de rémunération. [...] Enfin, le caractère volontaire peut être compromis par le déséquilibre des pouvoirs qui peut exister dans les rapports entre le médecin et le malade et par l'exercice de la prérogative d'« expert ».

Durant nos déplacements à travers la province, de nombreux clients nous ont dit avoir été traités au sein d'une équipe, avoir participé au processus d'élaboration du plan de traitement en milieu communautaire et y avoir finalement donné un consentement volontaire informé. Des professionnels de la santé et aidants nous ont dit qu'ils

travaillent en étroite collaboration avec les clients à l'élaboration de leurs plans. Ils nous ont révélé qu'en réalité, s'ils ne prennent pas de telles mesures, le client sera insatisfait, qu'il ne coopérera pas et que l'OTMC échouera.

Dans d'autres cas, nous avons toutefois entendu des clients qui croient avoir été forcés à signer le plan, en échange d'un congé de l'hôpital. Les conseillers en matière de droits et le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques nous ont dit que de nombreuses tentatives de fournir des conseils en matière de droits aux patients se sont butées au désintéressement de ces derniers, qui font valoir qu'ils ont signé les documents pour obtenir leur congé de l'hôpital et qu'ils ne sont pas intéressés à discuter de questions qui pourraient s'opposer à cette entente. Fait intéressant à noter, nous avons également parlé à des psychiatres qui nous ont révélé en toute franchise que la promesse de congé est couramment utilisée pour obtenir le consentement du patient.

Nous avons entendu parler de cas où des plans de traitement intégral ont été présentés aux clients et aux mandataires spéciaux qui ont eu l'impression qu'il s'agissait d'une formule « à prendre ou à laisser ».

Nous avons également entendu différentes sources, notamment des conseillers en matière de droits, des coordonnateurs des OTMC et autres professionnels paramédicaux ou aidants nous dire que, dans certaines régions de la province, des clients dont la capacité est grandement discutable sont autorisés à prendre leur propre décision concernant une OTMC, pourvu qu'ils acceptent de signer le plan de traitement en milieu communautaire.

Un grand nombre de fournisseurs de première ligne nous ont dit qu'ils avaient l'impression qu'il fallait toujours obtenir le consentement du patient pour prendre une OTMC. En fait, nombre de ces professionnels acceptaient très mal le fait que la loi prévoit, semble-t-il, cette disposition anormale. Nous avons rapidement trouvé la source de ce malentendu. Dans les collectivités qui interprétaient ainsi la loi, nous avons généralement entendu un certain nombre de psychiatres locaux déclarer qu'ils étaient bien conscients que les dispositions relatives aux OTMC s'appliquaient aux patients capables et incapables, mais qu'ils n'étaient pas du tout disposés à constater l'incapacité ou à prendre des OTMC qui reposent sur le consentement d'un mandataire spécial. Ils nous ont également signalé que cette position reposait sur le désir d'éviter le travail qu'implique un constat d'incapacité ou, plus fréquemment, de ne pas assister aux audiences de la Commission du consentement et de la capacité.

5.17 Exigences techniques relatives à la prise et au renouvellement d'une OTMC

Le paragraphe 33.1 (4) de la *Loi sur la santé mentale* énonce les conditions préalables à une OTMC, comme suit :

Conditions relatives à l'ordonnance
(4) Le médecin peut prendre ou renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire en vertu du présent article si les conditions suivantes sont remplies :

a) au cours de la période précédente de trois ans, la personne :
   (i) soit a été un malade dans un établissement psychiatrique à deux reprises au moins ou pendant une période cumulative de 30 jours au moins au cours de cette période de trois ans,
   (ii) soit a déjà fait l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire prise en vertu du présent article;
b) la personne ou son mandataire spécial, le médecin qui envisage de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire et toute autre personne, notamment un praticien de la santé, qui participe à la fourniture d'un traitement à la personne ou à la fourniture de soins à celle-ci et à sa surveillance, ont élaboré un plan de traitement en milieu communautaire pour celle-ci;
c) dans les 72 heures précédant l'adhésion au plan de traitement en milieu communautaire, le médecin a examiné la personne et est d'avis, d'après l'examen et tous autres faits pertinents qui lui ont été communiqués, que les conditions suivantes sont réunies :
   (i) la personne souffre de troubles mentaux nécessitant un traitement ou des soins continus et une surveillance continue pendant qu'elle vit au sein de la collectivité,
   (ii) la personne remplit les critères permettant que soit remplie une demande d'évaluation psychiatrique visée au paragraphe 15 (1) ou (1.1) si elle n'est pas déjà un malade dans un établissement psychiatrique,
   (iii) en l'absence de traitement ou de soins continus et d'une surveillance continue pendant qu'elle vit au sein de la collectivité, la personne risque probablement, en raison de troubles mentaux, de s'infliger ou d'infliger à une autre personne des lésions corporelles graves ou de subir une détérioration mentale ou physique importante ou un affaiblissement physique grave,

(iv) la personne est en mesure de se conformer au plan de traitement en milieu communautaire décrit dans l'ordonnance de traitement en milieu communautaire,

(v) le traitement ou les soins et la surveillance exigés aux termes de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire sont offerts dans la collectivité;

d) le médecin a consulté les praticiens de la santé ou les autres personnes que l'on propose de désigner dans le plan de traitement en milieu communautaire;

e) sous réserve du paragraphe (5), le médecin est convaincu que la personne visée par l'ordonnance et son mandataire spécial, si elle en a un, ont consulté un conseiller en matière de droits et qu'ils ont été informés des droits que leur reconnaît la loi;

f) la personne ou son mandataire spécial consent au plan de traitement en milieu communautaire conformément aux règles relatives au consentement prévues par la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*.

Ces critères ont fait l'objet de nombreux commentaires tout au long de nos consultations.

L'alinéa (4) a) précise qu'un candidat qui n'a pas déjà fait l'objet d'une OTMC doit avoir été hospitalisé à deux reprises au moins ou pendant une période cumulative de 30 jours au cours de cette période de trois ans. Cette disposition n'établit aucune distinction entre les patients en cure volontaire, obligatoire ou officieuse. Des avocats qui représentent des patients nous ont dit que cette disposition les place dans une position où ils sont, d'un point de vue éthique, tenus d'informer leurs clients qui pourraient bénéficier d'une hospitalisation d'obtenir leur congé le plus rapidement possible pour éviter la possibilité d'une OTMC. Ces avocats nous ont dit qu'ils ne sont plus en mesure d'encourager leurs clients à se faire hospitaliser de façon volontaire pendant une crise.

Des agents de probation et de libération conditionnelle nous ont dit que cette exigence mettait un frein à l'utilisation des OTMC dans le cas de personnes qui ont des problèmes graves et persistants de santé mentale, qui ont désespérément besoin d'un soutien du genre de celui prévu dans le cadre d'une OTMC, mais qui n'ont pas été hospitalisées parce qu'elles étaient incarcérées. Nous avons également entendu dire que le même problème se pose pour les personnes habitant dans des régions éloignées, des réserves autochtones et des régions de la province où les problèmes de santé mentale graves sont généralement traités sans admission dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1.

Un certain nombre de personnes avec lesquelles nous avons discuté s'inquiètent des conséquences du sous-alinéa 33.1 (4) c) (ii). Ce dernier précise qu'une personne qui n'est pas actuellement une patiente dans un établissement psychiatrique ne peut faire l'objet d'une OTMC que si le médecin croit qu'elle répond aux critères permettant de remplir une formule 1, Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin, en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Nous avons entendu dire à d'innombrables occasions au cours de nos consultations que cette exigence présente deux problèmes importants.

Le premier a trait aux audiences devant la Commission du consentement et de la capacité. Le test qu'applique la Commission pour examiner une OTMC l'amène à déterminer si le client répond aux critères d'une OTMC au moment de l'audience. Étant donné qu'il est fort probable que, d'ici là, le client vivra dans la collectivité, la Commission ne peut confirmer l'OTMC, à moins qu'elle soit convaincue que le client répond aux critères énoncés dans la formule 1 au moment de l'audience. Il importe de noter que la Commission est tenue d'appliquer ce test à l'audience, même s'il n'était pas pertinent au moment où l'OTMC a été signée, en raison du fait que la personne était alors hospitalisée.

Le deuxième problème a trait au renouvellement des OTMC. Un grand nombre de membres de familles et de professionnels nous ont dit que l'exigence concernant la formule 1 faisait en sorte que seuls les clients pour lesquels l'OTMC s'était soldée par un échec pouvaient obtenir un renouvellement. Cela résulte du fait que le client faisant l'objet d'une OTMC qui donne de bons résultats aura vraisemblablement atteint un stade où il ne constitue plus un candidat à la formule 1. Certains sont d'avis que ce problème pourrait être facilement réglé en remplaçant le libellé actuel à l'effet que le client est susceptible d'être soumis à une formule 1 pendant une période de temps déterminée si l'OTMC n'est pas maintenue.

On nous a dit que l'exigence concernant le consentement du client ou d'un mandataire spécial « conformément aux règles relatives au consentement prévues par la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* » constitue un facteur important qui accroît la complexité et la durée des audiences de la Commission du consentement et de la

capacité. Selon la Commission, cette disposition lui donne la liberté d'explorer les nombreux problèmes complexes et coûteux en temps que soulèvent la LCSS ou d'autres lois. Même si des dirigeants de la Commission et d'autres personnes nous ont dit que le problème s'était amenuisé grandement au cours de la dernière année, il est évident que la longueur des audiences de la Commission du consentement et de la capacité est toujours considérée comme un problème important par de nombreuses personnes. Certains ont suggéré que le fait d'abroger cette disposition et de laisser les règles prévues par la LCSS se charger du problème de la même manière qu'elles le font pour toutes les autres méthodes de traitement pourrait régler le problème.

5.18 Conseils en matière de droits

Les conseils en matière de droits font partie intégrante de la législation sur la santé mentale en Ontario depuis de nombreuses années. Le principe à l'origine de cette mesure est qu'un patient doit recevoir des conseils en matière de droits lorsque ses droits sont touchés d'une façon qui ouvre droit à déposer une requête auprès de la Commission du consentement et de la capacité ou lorsqu'une autre partie a demandé une audience. Ce principe a été retenu lorsque la *Loi sur la santé mentale* a été modifiée en 2000 pour prévoir les OTMC. Les modifications prévoient également des conseils en matière de droits pour les mandataires spéciaux.

Par le passé, les conseils en matière de droits étaient fournis, dans les hôpitaux psychiatriques de la province, par le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP) et, ailleurs, par des avocats de service, mandatés par Aide juridique Ontario. Le statu quo a été modifié au printemps de 1995 par l'établissement de la Commission d'intervention, puis par son abolition un an plus tard. En1996, le BIPEP prodiguait toujours des conseils en matière de droits dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux, alors que ce type de conseil était fourni dans les autres établissements psychiatriques par des conseillers internes en matière de droits ou des conseillers en matière de droits sous contrat avec l'établissement. Au fil du temps, le BIPEP a assumé la responsabilité de la plupart des conseils en matière de droits prodigués dans la province et les conseillers internes ou contractuels ont joué un rôle de moins en moins important. Outre les conseils en matière de droits, le BIPEP fournit des services d'intervention personnelle ou systémique aux patients des établissements psychiatriques provinciaux et des anciens établissements de la province.

La Loi exige maintenant que des conseils en matière de droits soient donnés aux clients éventuels faisant l'objet d'OTMC, qu'ils soient capables ou incapables, et aux mandataires spéciaux. Ces conseils doivent être prodigués une fois que le plan de traitement en milieu communautaire est proposé, mais avant qu'il soit signé. Les conseils en matière de droits sont obligatoires pour les mandataires spéciaux, mais les clients peuvent les refuser. Le BIPEP se charge du volume colossal de conseils en matière de droits relatifs aux OTMC.

Le paragraphe 14.3 (3) des règlements pris en application de la *Loi sur la santé mentale* énonce les responsabilités d'un conseiller en matière de droits lorsqu'il fournit des conseils sur les OTMC :

Le conseiller en matière de droits explique à la personne et au mandataire spécial, s'il y en a un, les exigences de la prise ou du renouvellement d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, l'importance de cette ordonnance, y compris toute obligation que la personne ou le mandataire spécial doivent respecter en fonction de cette ordonnance.

Les professionnels de la santé et les professionnels aidants avec qui nous nous sommes entretenus, notamment les psychiatres, d'autres membres du personnel hospitalier et les coordonnateurs des OTMC, se sont généralement dits satisfaits des services du Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP) ainsi que des services de conseils en matière de droits qu'il fournit. La plupart nous ont dit que les conseils en matière de droits étaient donnés en temps opportun et que le processus était constructif et utile. De nombreux clients faisant l'objet d'OTMC et mandataires spéciaux ont déclaré apprécier les conseils en matière de droits qu'ils ont reçus. À l'exception d'une minorité de membres de familles qui s'opposent à toute forme de protection juridique des patients, toutes les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus nous ont dit que les conseils en matière de droits constituent un volet nécessaire et positif du processus. La plupart croit que le service fourni par le BIPEP est aussi bon sinon meilleur que les conseils en matière de droits provenant d'autres sources.

De nombreuses parties intéressées ont toutefois soulevé des questions concernant les conseils en matière de droits. Certains membres de familles nous ont dit avoir trouvé que les conseils donnés au moment du renouvellement d'une OTMC étaient redondants et leur faisaient perdre du temps. Plusieurs d'entre eux nous ont dit d'un ton plutôt

colérique que les conseillers en matière de droits dissuadaient leurs parents autrement coopératifs à consentir à une OTMC. Plusieurs personnes ont remis en question la sagesse de dépenser des fonds publics pour donner de façon répétée des conseils en matière de droits aux mêmes fonctionnaires du Bureau du Tuteur et curateur public. Un certain nombre de professionnels travaillant dans des hôpitaux nous ont dit que les conseils en matière de droits ralentissent le processus des OTMC dans leur établissement.

Quant à eux, les représentants du BIPEP soutiennent que chaque plan de traitement en milieu communautaire est unique en soi et mérite qu'on reçoive des conseils en matière de droits même si la personne en a déjà reçus dans le cadre d'un autre plan. Ils sont d'avis que les fonctionnaires du Bureau du Tuteur et curateur public devraient eux aussi continuer à recevoir des conseils en matière de droits pour chaque plan de traitement en milieu communautaire en reconnaissance de la nature unique de chacun.

Un certain nombre de participants ont soulevé la question des conseils en matière de droits donnés au téléphone. Lorsqu'on propose une OTMC à un patient capable, un seul conseiller en matière de droits participe au processus. Afin d'éviter des conflits éventuels, deux conseillers sont présents lorsqu'un mandataire spécial doit prendre la décision au nom du client. Cela présente des problèmes de logistique qui, dans certains cas, sont réglés en donnant des conseils en matière de droits à au moins un des destinataires au téléphone. Plusieurs coordonnateurs des OTMC et conseillers en matière de droits croient que cette pratique n'est pas optimale.

Un certain nombre de protecteurs des bénéficiaires et de professionnels de la santé ont soulevé la question du moment propice pour donner les conseils en matière de droits. Les conseils relatifs aux OTMC sont donnés avant que le plan de traitement en milieu communautaire soit signé, ce qui précède l'OTMC. Une requête ne peut toutefois être déposée auprès de la Commission du consentement et de la capacité qu'une fois que l'OTMC a été prise. Ce qui signifie que le patient n'a pas le droit sur le plan juridique de déposer une requête auprès de la Commission du consentement et de la capacité au moment où il reçoit des conseils en matière de droits en ce qui concerne cette possibilité.

On nous a dit que le choix du moment est aussi un problème parce que de nombreux patients hospitalisés sont prêts à signer n'importe quoi pour obtenir leur congé et ne sont intéressés à contester l'OTMC que lorsqu'ils se trouvent en sûreté hors des murs de l'hôpital.

Le BIPEP soutient que les dispositions de la *Loi sur la santé mentale* relatives aux OTMC n'exigent pas un examen du plan ou de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire. Il soutient également qu'il n'existe aucune directive provinciale concernant le moment de prendre une OTMC ou le contenu d'un plan de traitement en milieu communautaire. Ce manque de directives peut entraîner, selon lui, une violation des droits juridiques des personnes à l'égard desquelles une OTMC est à l'étude. À la lumière des problèmes ainsi perçus, le bureau principal du BIPEP exige que le plan de traitement proposé lui soit soumis avant que des conseils en matière de droits ne soient prodigués. Les représentants du BIPEP nous ont dit que cette pratique était en place pour leur permettre de comprendre et d'expliquer le plan aux clients et à leurs décisionnaires et de fournir des renseignements non contraignants aux professionnels sur la structure et le contenu du plan.

Plusieurs participants issus de différentes parties de la province s'interrogent sur l'examen du plan de traitement en milieu communautaire par le BIPEP. De l'avis de nombreux professionnels à qui nous avons parlé, le BIPEP exerce un pouvoir d'examen et de veto qui les inquiète beaucoup. On nous a dit que ce que les professionnels perçoivent comme des éléments importants, tels qu'un lieu de résidence précis, sont parfois oubliés dans les plans de traitement soit de peur que leur inclusion fasse l'objet de critiques de la part du BIPEP, soit par conviction que ces éléments sont inopportuns d'un point de vue légal parce qu'un représentant du BIPEP a formulé des commentaires à cet effet.

Plusieurs professionnels de la santé nous ont dit s'inquiéter du refus des conseillers en matière de droits de fournir au médecin traitant une copie de la requête qu'un patient a déposée auprès de la Commission du consentement et de la capacité ou même de lui dire qu'une telle requête avait été déposée. Les représentants du BIPEP nous ont dit suivre cette pratique par respect de la vie privée du patient et par crainte que les professionnels de la santé ainsi informés exercent des pressions indues sur les patients pour les inciter à retirer leur requête auprès de la Commission du consentement et de la capacité. Selon nos sources, cette pratique crée toutefois de l'animosité, de la confusion et des complications du côté des professionnels de la santé et du personnel administratif et constitue, pour sa part, un facteur persuadant les médecins et les autres personnes concernées de ne pas utiliser les ordonnances de traitement en milieu communautaire lorsqu'ils pourraient autrement les envisager comme solution.

5.19 La commercialisation des ordonnances de traitement en milieu communautaire et l'expression « Loi Brian »

Le paragraphe 33.1 (3) de la *Loi sur la santé mentale* précise que les ordonnances de traitement en milieu communautaire ont pour objet d'offrir aux clients classiques de la « porte tournante » un plan de traitement, de soins ou de surveillance. Même si le paragraphe indique clairement que les OTMC ne s'appliquent pas exclusivement à ce groupe, il ne fait mention d'aucun autre groupe. Il est alors intéressant de noter qu'une proportion importante des parties intéressées consultées ont déclaré croire que l'objet principal des OTMC était de protéger le public contre les personnes souffrant de troubles mentaux qui autrement constitueraient un risque grave pour la sécurité publique. Cette croyance influe sur les comportements et les attitudes d'un certain nombre de façons.

Des professionnels de la santé mentale de différentes parties de la province nous ont dit qu'ils pensaient qu'il était inapproprié de prendre des OTMC lorsque les personnes ne constituaient pas un risque grave pour la sécurité publique. Alors que certaines de ces personnes étaient d'avis qu'il était inapproprié d'un point de vue éthique d'utiliser des mesures coercitives dans d'autres circonstances, ceux qui ont exprimé cette opinion se fondent généralement sur la croyance voulant que la Loi ne devait s'appliquer qu'à ce groupe. Il semble que ce point de vue ait contribué à la réticence de certains professionnels et organismes à participer au programme des OTMC.

Un certain nombre de bénéficiaires de services de santé mentale nous ont dit qu'ils ne voulaient pas faire l'objet d'une OTMC parce que cela est associé à une population dangereuse et encline à la criminalité. De nombreux professionnels de la santé, de protecteurs et de bénéficiaires nous ont fait part de leur embarras à l'égard de l'expression « Loi Brian » et des implications péjoratives et trompeuses de cette expression. On nous a dit que cela amplifie le stigmate déjà important associé à la santé mentale en donnant au public l'impression que les personnes souffrant de troubles mentaux sont par nature dangereuses ou autrement indésirables.

Comme nous l'avons mentionné ailleurs dans le présent rapport, de nombreux membres de familles de personnes souffrant de troubles mentaux et de professionnels de la santé ont exprimé leur surprise et leur désappointement quant au fait que les OTMC ne sont pas axées sur les personnes très malades et dangereuses. Certaines de ces personnes se sont senties trompées en raison de la façon dont le programme a été présenté au début.

Il semblerait que ces attitudes et ces comportements sont liés à la stratégie de communication choisie pour présenter le programme d'ordonnances de traitement en milieu communautaire à sa création, tout particulièrement l'expression « Loi Brian » qui est le nom officiel désignant l'ensemble des modifications apportées à la *Loi sur la santé mentale* adoptées en 2000 qui prévoient des dispositions relatives aux ordonnances de traitement en milieu communautaire. Il importe de noter que cette expression fait référence à Brian Smith, personnalité sportive d'Ottawa hautement considérée qui a été tuée par une personne souffrant de troubles mentaux. La stratégie de communication utilisée à l'époque laissait entendre que les modifications visaient essentiellement les personnes qui avaient commis ce genre de crime afin de prévenir de tels incidents à l'avenir. Il ne conviendrait pas, bien sûr, de s'interroger sur le bien-fondé de la stratégie de communication choisie à l'origine pour faire connaître ces dispositions. En rétrospective, toutefois, il est devenu évident que cette stratégie a eu un effet négatif général sur l'acceptation et la réussite du programme.

Comme nous l'avons mentionné ailleurs dans le présent rapport, l'expérience a démontré que les OTMC donnent de bons résultats avec un groupe quelque peu différent. Cela a créé une incompatibilité troublante entre les perceptions et la réalité.

5.20 Pertinences des ordonnances de traitement en milieu communautaire

Au moment où les dispositions relatives aux OTMC ont été ajoutées à la *Loi sur la santé mentale*, nombreux sont ceux qui ont cru qu'elles se voulaient d'application générale. La plupart des professionnels de la santé et aidants avec lesquels nous nous sommes entretenus ne sont pas d'accord avec cette proposition. Ils nous ont dit que les OTMC devraient à juste titre être considérées comme une méthode de traitement parmi tant d'autres. Ils croient que c'est à tort qu'on a commercialisé et promu les OTMC comme si elles étaient plus que cela. La plupart nous ont dit que les OTMC représentent un traitement utile, principalement pour le client qui est enclin à suivre les règles et celui qui est désorganisé, mais qui peut être facilement dirigé.

On nous a dit que les OTMC ne sont pas particulièrement utiles dans le cas de clients qui n'acceptent pas l'autorité, sont toxicomanes ou souffrent autrement de problèmes difficiles ou complexes. Certains professionnels croient que l'on pourrait remédier partiellement à ce problème en renforçant les mécanismes d'exécution au moyen, par exemple, de la création d'une autorité qui exercerait des fonctions similaires à celle de la Commission ontarienne d'examen en vertu du *Code criminel*. Toutefois, la plupart était d'avis que les OTMC, de par leur nature, ne constituent pas des outils appropriés pour ces personnes et que la modification de la loi serait un exercice futile.

5.21 Planification des congés et partenariats entre les hôpitaux et la collectivité

De nombreuses personnes nous ont dit que la réussite des OTMC est en grande partie attribuable aux facteurs suivants :

- Le processus favorise la planification globale des congés par les professionnels des hôpitaux et de la collectivité.
- Le processus favorise le renforcement des relations de travail entre les fournisseurs communautaires et le personnel des hôpitaux.
- Le processus favorise la formulation d'une planification globale et de plans écrits pour les clients à laquelle participent de multiples fournisseurs ayant chacun des responsabilités précises implicites.

Lorsque nous avons discuté des autorisations de s'absenter, nous avons souvent entendu dire qu'elles n'étaient pas aussi efficaces qu'elles devraient l'être parce qu'elles n'encouragent pas le type de planification et de coopération susmentionné.

À Chatham, des personnes nous ont dit que ces types de rencontres régulières et ces étroites relations de travail existaient et fonctionnaient très bien avant la venue des OTMC. Il est intéressant de noter que les professionnels de cette ville ne croient pas que les OTMC permettraient d'améliorer de façon appréciable la qualité des soins dispensés aux clients dans la région.

Par contre, dans d'autres régions, des personnes nous ont dit que les OTMC ont servi de catalyseur à l'établissement de relations étroites de travail et d'une planification globale multipartite prévoyant des rôles précis et une responsabilité implicite.

Nous avons demandé pourquoi une entente de travail en vertu de laquelle la planification des congés prématurés exigerait la participation des partenaires communautaires et des plans écrits exhaustifs énonçant les responsabilités de chaque partie ne serait pas aussi bénéfique si elle était conclue hors du cadre d'une OTMC. Dans certains cas, des personnes nous ont dit que le mécanisme d'exécution essentiel serait absent. Au cours de la plupart de ces conversations, on nous a toutefois dit que cette idée est bonne en théorie, mais que, sans le cadre d'une OTMC, il est douteux que le processus fonctionne.

En résumé, de nombreux professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus étaient d'avis que les principaux avantages des OTMC résident dans le fait qu'elles encouragent le type de partenariat entre les hôpitaux et la collectivité et la planification globale des congés que certains espéreraient trouver sans elles.

5.22 Le rôle de l'éducation

Le besoin de sensibiliser davantage a été un thème constamment soulevé dans tous les coins de la province.

Les coordonnateurs des OTMC ont demandé d'être mieux informés sur les aspects juridiques de la question. Ils croient qu'un tel programme est essentiel pour eux et pour les médecins et les autres professionnels de la santé et aidants qui participent, ou sont susceptibles de participer, au processus des OTMC. Ils croient qu'un tel programme est absolument nécessaire pour aider tous les intervenants à bien s'acquitter de leurs fonctions et à appliquer la loi d'une manière cohérente, fiable et informée. Les coordonnateurs sont d'avis que ce programme d'éducation doit être permanent. Ils croient également qu'il aiderait les gens en les rassurant quant à l'utilisation des OTMC et en faisant la promotion du respect des droits des clients faisant l'objet d'OTMC et des autres bénéficiaires.

De nombreux coordonnateurs nous ont dit que le programme d'éducation devrait être jumelé à un accès facile pour eux à des conseils juridiques sommaires. Ils nous ont dit qu'ils sont considérés comme les personnes-ressources en matière d'OTMC, mais qu'ils sont loin d'avoir toujours des renseignements juridiques cohérents et fiables à

communiquer. Ils ont également déclaré qu'un accès rapide à une source qui peut répondre aux questions juridiques à mesure qu'elles se posent rendrait leur travail plus facile et plus efficace.

Tout au cours de nos déplacements, nous avons aussi constaté que les médecins ignoraient beaucoup de choses concernant les aspects juridiques des OTMC et qu'ils se sentaient mal à l'aise à cet égard. L'affaire *Starson* de la Cour suprême du Canada a suscité beaucoup de malentendus dans la province. De nombreux cliniciens ont cru à tort que les règles de consentement au traitement avaient d'une manière ou d'une autre été modifiées à la suite de cette affaire. Qui plus est, on compte de nombreux cliniciens qui sont toujours mal informés des différents principes et des diverses règles juridiques qui influent sur l'utilisation des OTMC. Il est devenu évident que cette situation a d'importantes répercussions sur l'utilisation des OTMC en dissuadant les médecins d'y avoir recours dans des cas où ils pourraient le faire. La question sans doute la plus importante a trait au manque de connaissances fondamentales sur les OTMC que nous avons constaté dans certains milieux et qui empêche les médecins, notamment ceux qui travaillent dans de petits centres et la collectivité, d'utiliser les OTMC lorsqu'elles pourraient s'avérer indiquées.

Nos informateurs n'ont également pas cessé de parler de la nécessité de pouvoir compter sur de la formation clinique fiable concernant les OTMC. L'impression générale veut que des présentations faites par des cliniciens chevronnés qui possèdent une grande expérience des OTMC encourageraient les médecins à utiliser les OTMC lorsque cela s'avère approprié, tout particulièrement si elles réussissent à les persuader que les OTMC constituent un traitement efficace et réalisable.

Nous avons également entendu dire que les initiatives initiales de sensibilisation et de rayonnement à l'égard du programme des OTMC n'ont pas beaucoup touché les hôpitaux psychiatriques provinciaux de l'époque. On ne sait pas vraiment si cela est dû à un oubli ou à un choix délibéré. Ce qui est clair cependant, c'est que les hôpitaux provinciaux et les anciens hôpitaux provinciaux ont tendance à utiliser les OTMC moins souvent que les autres établissements psychiatriques. Il semblerait que ce phénomène est attribuable, du moins en partie, à cet oubli ou ce choix.

Le manque de renseignements cohérents et précis au sujet des questions liées aux OTMC s'étend aux bénéficiaires, aux familles et à l'ensemble de la collectivité.

5.23 Utilisation des OTMC à l'extérieur des établissements psychiatriques de l'annexe 1 et des équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD)

Il semble que les médecins qui travaillent à l'extérieur du cadre d'une ETCD ou d'un établissement psychiatrique de l'annexe 1 ont pris peu d'ordonnances de traitement en milieu communautaire. Dans quelques régions, des médecins de famille ont tenté de prendre des OTMC de leur propre chef, mais il semble qu'un certain nombre de ces médecins ont abandonné cette pratique parce qu'elle était impraticable.

On nous a dit que les médecins de famille trouvaient que l'organisation initiale d'une OTMC, même avec l'aide d'un coordonnateur, était beaucoup trop pénible à entreprendre à l'extérieur d'un cadre organisationnel et que la gestion continue d'une OTMC s'était avérée trop lourde pour un praticien seul. On nous a dit que les praticiens qui tentaient de régler seuls des problèmes de santé mentale complexes manquaient de soutien et que la gestion de cas et les autres ressources essentielles étaient souvent absentes dans les régions où l'on pouvait s'attendre à ce que les médecins de famille prennent des OTMC.

Nous avons également entendu dire à maintes et maintes reprises qu'en raison de la pénurie générale de médecins de famille, il était impossible, dans de nombreuses régions de la province, d'en trouver un qui avait le temps de s'occuper des OTMC et des questions connexes.

5.24 Le problème des vérifications policières

Il est devenu évident pendant les consultations que le travail, rémunéré ou bénévole, représente souvent un élément essentiel de la réussite dans la collectivité des clients faisant l'objet d'OTMC. Un grand nombre de ces postes exigent un certificat de police confirmant que le candidat n'a pas de casier judiciaire. Nous avons entendu dire que, dans de nombreuses régions de la province, notamment dans celle de Toronto, ces certificats donnent bien plus que les renseignements demandés, à savoir si le candidat a ou non un casier judiciaire, en divulguant les autres rapports

que le candidat a eus avec la police. Ces certificats peuvent divulguer, par exemple, si la police a été en contact avec ces personnes dans le cadre d'une tentative de suicide apparente ou d'une appréhension en vertu de la *Loi sur la santé mentale*.

Nous avons entendu dire qu'en raison de ces certificats, les candidats peuvent se voir refuser un travail, même s'ils n'ont pas de casier judiciaire. Cela se produit parce que la personne est gênée de soumettre le certificat fourni ou parce que les préjugés à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux donnent lieu à un retrait du poste offert. Les renseignements superflus peuvent également donner naissance à un climat de travail désagréable. À tout le moins, la personne aura à divulguer, sans aucune raison apparente, des renseignements personnels que les autres membres de la société ont le droit de présumer ne pas pouvoir être communiqués à autrui sans leur consentement.

5.25 Bien-être

Un certain nombre de sources, y compris les bénéficiaires et les protecteurs des bénéficiaires, nous ont dit que, dans le domaine de la santé mentale, on s'entendait pour dire que le bien-être devait faire partie des objectifs d'un bon plan de traitement. En d'autres termes, le fait de traiter les psychoses et les autres symptômes au moyen de médicaments et d'autres stratégies de traitement ne suffit pas. Il faut offrir aux personnes les ressources et l'aide dont elles ont besoin pour devenir des membres fonctionnels et productifs de la société qui jouissent d'une qualité de vie constante et satisfaisante qu'elles ont elles-mêmes définie.

On a porté à notre attention le fait que cela allait au-delà du respect du traitement et de la mesure d'éléments tels qu'une réduction des taux de réadmission, peu importe l'importance de ces facteurs. Cela exige souvent une démarche multidisciplinaire poussée qui prévoit une multiplicité de services et de soutiens de sorte qu'un plan adapté aux besoins puisse être élaboré pour fournir des services et du soutien au client tout en stimulant ses sentiments d'autonomie et de bien-être.

Toutefois, il importe également de noter qu'un certain nombre de psychiatres nous ont également dit que le but principal d'une OTMC est le respect de la pharmacothérapie et que cette question est effectivement le point central du succès d'un traitement dans la collectivité.

5.26 Logement, emploi et autres services de soutien communautaire

Un petit nombre de médecins nous ont dit que l'objectif fondamental d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire est d'assurer le respect de la pharmacothérapie et que les autres facteurs ne sont pas importants. La vaste majorité de ceux avec qui nous nous sommes entretenus abondent dans le même sens, mais précisent toutefois qu'il faut bien plus que les médicaments pour assurer le succès de la démarche. Il existait, en fait, un consensus général selon lequel la réussite du traitement et le bien-être ultime dépendaient d'une myriade de services de soutien offerts au client. Certains nous ont dit que l'objectif fondamental d'une OTMC et de la gestion de cas qui l'accompagne consiste à mettre les clients en contact avec les différents services dont ils ont besoin.

On nous a dit que la nature des services requis varie selon les clients, mais comprend souvent un logement décent et abordable, un emploi ou un engagement bénévole, un soutien du revenu, des activités sociales et des contacts, une gestion de cas cohérente et constante à un niveau adapté au client, le soutien des pairs et d'autres services tels que des possibilités de s'instruire, la gestion de l'état de santé en général, etc. Une stratégie conçue pour mettre les clients en contact avec les services appropriés est vouée à l'échec si ces services ne sont pas offerts dans la collectivité ou si les clients n'y ont pas accès.

Nous avons visité des collectivités qui nous ont dit que leurs ressources en matière de logement et autres services pouvaient répondre aux besoins de leurs clients. Dans beaucoup d'autres endroits, nous avons toutefois entendu dire qu'il n'y avait pas de logements disponibles ou qu'ils étaient nettement en-dessous des normes ou trop chers. Nous avons découvert dans de nombreuses régions que la gestion des cas à un niveau adapté aux clients n'était pas accessible et qu'ils devaient se contenter d'une solution de second choix. Nous avons visité plusieurs régions où la gestion de cas fournie dans le cadre des ententes relatives aux OTMC se poursuivrait jusqu'à ce que d'autres dispositions puissent être prises. Par ailleurs, nous avons visité d'autres régions où les clients n'ont plus accès aux services à l'expiration d'une OTMC et doivent alors attendre entre huit et dix mois pour obtenir d'autres services.

En résumé, un grand nombre des parties intéressées, des professionnels, des familles et des bénéficiaires que nous avons rencontrés nous ont dit que les ordonnances de traitement en milieu communautaire ne peuvent vraiment réussir à modifier pour le mieux la vie des clients que si les services nécessaires sont offerts dans la collectivité. De nombreuses personnes nous ont dit que ces services sont cruellement insuffisants dans de nombreuses régions de la province.

5.27 Autorisations de s'absenter

Avant l'ensemble de modifications apportées à la *Loi sur la santé mentale* qui sont entrées en vigueur le 1er décembre 2000, une autorisation de s'absenter ne pouvait être donnée que par le dirigeant responsable d'un établissement inscrit et uniquement s'il était prévu que le patient retournera à l'établissement à la fin de la période prévue dans l'autorisation. Des modifications importantes à ces dispositions ont été incluses dans les changements. L'article 27 de la Loi, qui porte sur les autorisations de s'absenter, se lit maintenant comme suit :

> 27. (1) Le médecin traitant peut, sous réserve du paragraphe (3), donner à un malade l'autorisation de s'absenter de l'établissement psychiatrique pendant une période déterminée d'au plus trois mois s'il est prévu que le malade y reviendra.
> Idem
> (2) Le dirigeant responsable peut, sur l'avis du médecin traitant, donner à un malade l'autorisation de s'absenter de l'établissement psychiatrique pendant une période déterminée d'au plus trois mois.
> Conditions
> (3) Le médecin traitant et le malade se conforment aux conditions de l'autorisation de s'absenter que le dirigeant responsable peut prescrire.
> Exception
> (4) Le présent article ne permet pas d'accorder à un malade l'autorisation de s'absenter d'un établissement psychiatrique s'il y est détenu autrement qu'en vertu de la présente loi.

Comme l'article le démontre, la Loi autorise maintenant deux types d'autorisation de s'absenter. Le premier est donné par le médecin traitant et ne peut être utilisé que s'il est prévu que le patient reviendra à l'établissement à la fin de son congé. Le second type n'exige pas que le patient revienne à l'établissement à la fin du congé et ne peut être donné que par le dirigeant responsable de l'établissement. Les deux types d'autorisation de s'absenter peuvent avoir une durée d'au plus trois mois et sont renouvelables. Dans tous les cas, les patients et les médecins traitants doivent se conformer aux conditions de l'autorisation de s'absenter que le dirigeant responsable peut prescrire.

Les autorisations de s'absenter diffèrent des OTMC d'un certain nombre de façons fondamentales. Contrairement aux OTMC, aucun consentement n'est requis pour une autorisation de s'absenter. Il n'existe également aucun droit précis d'en appeler d'une autorisation de s'absenter auprès de la Commission du consentement et de la capacité, même si, en pratique, presque tous les clients qui ont obtenu une autorisation de s'absenter sont des patients involontaires ou officieux et, de ce fait, ont le droit de demander à la Commission de modifier leur état. Une décision de la Commission en faveur de la révocation de l'état d'un malade involontaire ou officieux ne modifie pas, sur le plan théorique, l'autorisation de s'absenter, mais la rend non exécutoire puisque la capacité de forcer le patient à retourner à l'hôpital n'existe plus.

Ces modifications ont été manifestement conçues pour permettre aux médecins traitants de donner des autorisations de s'absenter dans des circonstances courantes, tels des congés de fin de semaine ou de jour férié, tout en créant un instrument ayant plus de poids et exigeant la signature du dirigeant responsable qui pourrait être utilisé dans certaines circonstances au lieu d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire.

Pendant notre tournée de la province, un tableau cohérent a pris forme en ce qui concerne les autorisations de s'absenter. Pratiquement aucun médecin ou autre professionnel de la santé ou aidant n'était au courant de ces modifications. Les participants ne pouvaient aucunement se rappeler avoir reçu de la formation, des renseignements, des conseils ou un encadrement à cet égard. L'utilisation des autorisations de s'absenter se limite généralement aux congés de fin de semaine ou de jour férié. Les participants ont déclaré qu'ils n'avaient jamais envisagé l'utilisation de l'autorisation de s'absenter que peut délivrer le dirigeant responsable, qui a plus de poids.

Ils nous ont répété qu'il y a deux problèmes, hormis le manque d'éducation et de sensibilisation, qui contribuent au fait que cet instrument n'est pas utilisé. En fait, nous avons entendu dire que l'utilisation des autorisations de

s'absenter était tombée en disgrâce au fil des ans, en raison principalement de ces deux problèmes. Le premier est que les membres du personnel de la plupart des hôpitaux ont l'impression qu'il faut réserver le lit de chaque patient qui a obtenu une autorisation de s'absenter. Les hôpitaux n'ont pas, il va de soi, la capacité de le faire. Le second problème est lié aux politiques d'aide sociale du gouvernement. Plus précisément, les professionnels de la santé et aidants nous ont dit à maintes reprises et de façon constante que le POSPH (le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) estime que les patients qui ont obtenu une autorisation de s'absenter dans la collectivité sont des patients hospitalisés d'un établissement psychiatrique et que, par conséquent, il met fin aux paiements après une courte période de temps passé dans la collectivité. Les représentants du bureau principal du POSPH nous ont dit que cela n'était pas en fait le cas. En vertu des règles en vigueur du POSPH, une personne qui a obtenu un congé dans le cadre d'une autorisation de s'absenter ne peut se voir refuser les prestations du POSPH pour ce motif. Comme la majorité de cette population reçoit un soutien du revenu, l'utilisation efficace des autorisations de s'absenter continuera d'être indéfendable tant que le sens véritable de la politique du POSPH ne sera pas bien connu des fournisseurs de soins de santé mentale.

Quelques participants nous ont également dit que les autorisations de s'absenter ne peuvent remplacer les ordonnances de traitement en milieu communautaire parce qu'elles ne comportent pas la rigueur d'un plan de traitement officiel prévoyant des rôles et des responsabilités précis, comme c'est le cas d'un plan de traitement en milieu communautaire.

Contrairement à ce que nous avons entendu dans la presque totalité des régions de la province, un psychiatre d'un hôpital de Toronto nous a dit que les psychiatres de cet établissement connaissent bien les dispositions modifiées relatives aux autorisations de s'absenter et qu'ils donnent des autorisations lorsqu'ils le jugent à propos. Il nous a également révélé que ses collègues et lui tentent de réduire au minimum l'utilisation des autorisations de s'absenter parce qu'ils croient qu'elles sont plus contraignantes que les OTMC, en raison du fait qu'on ne peut en appeler d'une autorisation de s'absenter.

5.28 Questions relatives à la Commission du consentement et de la capacité

Dans la plupart des séances regroupant des professionnels de la santé et aidants, les participants ont fait part de leur insatisfaction à l'égard du processus légal d'examen. Seule la question de l'exécution des OTMC a été débattue de façon aussi constante durant notre tournée de la province. La grande majorité des professionnels avec lesquels nous avons discuté nous ont très bien fait comprendre que les problèmes associés au processus et leur désir de l'éviter constituaient des facteurs importants qui dissuadent les médecins de prendre et de renouveler les ordonnances de traitement en milieu communautaire.

De nombreux médecins se sont dits insatisfaits de la façon dont ils considèrent être traités par la Commission du consentement et de la capacité avant l'audience. Ils ont déclaré être convoqués à la dernière minute, ce qui les force à modifier leur horaire déjà chargé un ou deux jours avant l'audience, et avoir une impression générale de manque d'organisation. Leur principale inquiétude réside toutefois dans la tenue des audiences. Un grand nombre de médecins se sont plaints de la longueur des audiences qui s'attardent beaucoup à des questions procédurales et techniques.

Les médecins se sont plaints du fait que les membres de la Commission ne faisaient rien pour les protéger contre les avocats belliqueux et agressifs qui comparaissent au nom des patients. Certains médecins nous ont dit qu'ils étaient auparavant disposés à participer aux audiences de la Commission, mais que leur attitude avait changé en raison de la façon dont les audiences se déroulaient. De nombreux médecins s'inquiètent du fait qu'ils sont forcés de participer à des audiences de plus en plus complexes et accusatoires sans avoir droit à des conseils juridiques. Le nombre d'ajournements de la Commission du consentement et de la capacité inquiète également de nombreux médecins et autres professionnels avec lesquels nous nous sommes entretenus. Ils nous ont dit que la plupart de ces ajournements résultent du fait que la Commission convoque puis reporte l'audience après avoir ordonné que le patient soit représenté par un avocat.

Un certain nombre de choses sont devenues évidentes à la lumière des discussions avec les médecins concernant la Commission. Les médecins sont généralement insatisfaits de leurs rapports avec la Commission et la plupart d'entre eux n'établissent pas de différence à cet égard entre les audiences relatives aux OTMC et les autres affaires qui les mettent en contact avec la Commission. Ce niveau élevé d'insatisfaction générale les incite grandement à agir de manière à ne pas être éventuellement en rapport avec la Commission. Cela consiste souvent à éviter de prendre ou

de renouveler des OTMC qui donnent lieu à une audience obligatoire devant la Commission. Il est aussi apparu évident que de nombreux médecins se sont forgé une attitude à l'égard de la Commission fondée sur les dires de leurs collègues plutôt que sur leur propre expérience.

De nombreux professionnels de la santé et aidants des quatre coins de la province nous ont dit qu'ils croyaient que de nombreux médecins de leur établissement ou de leur région évitaient les OTMC en général et les seconds renouvellements en particulier, en raison de leur mécontentement à l'égard de la Commission du consentement et de la capacité.

Il est intéressant de noter que, bien que la plupart des médecins à qui nous avons parlé pensent que les problèmes relatifs à la Commission du consentement et de la capacité sont permanents, certains ont souligné que ces problèmes semblaient s'être atténués au cours de la dernière année. Un avocat très chevronné qui représente des médecins devant la Commission nous a dit que les problèmes d'audiences complexes sur le plan technique et exagérément longues se sont grandement résorbés depuis l'automne de 2004.

De nombreux médecins nous ont dit croire que les médecins seraient plus à l'aise à l'égard du processus s'ils pouvaient compter sur une aide juridique ou parajuridique. On nous a dit que certains hôpitaux refusent d'offrir des services de représentation à leurs médecins. Certains chefs de service de psychiatrie ont tenté de fournir de l'aide juridique lors des audiences mais ont été informés par les administrateurs de l'hôpital qu'ils devaient financer les frais juridiques à même les budgets cliniques de leur service, ce qui les force à peser le pour et le contre entre le besoin d'aide juridique et les autres pressions, telles que le besoin de personnel infirmier.

Plusieurs membres de la Commission à qui nous avons parlé croient qu'il serait bénéfique de fournir aux médecins et aux autres personnes qui comparaissent devant la Commission un accès facile à des conseils juridiques sommaires de sorte qu'ils se sentent moins effrayés et mieux préparés. Les membres de la Commission étaient également d'avis que le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques pourrait contribuer grandement à atténuer le problème des avis d'audience tardifs et des ajournements s'il apportait deux modifications. Premièrement, ils croient que l'on devrait enjoindre aux conseillers en matière de droits de fournir aux médecins ou au personnel des hôpitaux une copie de la requête du patient déposée auprès de la Commission afin qu'ils aient plus de temps pour se préparer aux audiences et prévoient du temps dans leur horaire au lieu d'être pris par surprise lorsque la Commission communique avec eux pour mettre une audience au rôle. Deuxièmement, ils sont d'avis que les conseillers en matière de droits devraient être tenus d'informer la Commission lorsqu'un patient est susceptible de ne pas être représenté dans une affaire relative à une OTMC, de sorte que la Commission ait la possibilité d'ordonner la désignation d'un avocat comme étape préliminaire plutôt que de le faire une fois que l'audience a été convoquée.

Un certain nombre de membres de la Commission croient également que deux modifications de fond à la loi permettraient de hâter les audiences et de réduire les niveaux de frustration sans porter atteinte aux droits. La première de ces modifications consiste à modifier l'exigence voulant que les clients faisant l'objet d'une OTMC doivent satisfaire aux conditions préalables à une formule 1. Les membres croient que cette exigence devrait être remplacée par une norme beaucoup plus souple à l'effet que le client est susceptible d'être admissible à une formule 1A dans un avenir rapproché s'il ne fait plus l'objet d'une OTMC. La deuxième modification recommandée est liée à l'exigence voulant que le consentement soit obtenu conformément à la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. Cette exigence n'existe dans aucun autre des domaines de compétence de la Commission et ouvre la porte à des audiences longues et complexes qui explorent tous les volets du processus de consentement.

Plusieurs membres et dirigeants de la Commission nous ont dit que la durée des audiences relatives aux OTMC avait considérablement été réduite au cours de l'année écoulée. Ils nous ont également dit qu'ils croyaient que la Commission maîtrisait beaucoup mieux ses processus et parvenait davantage à limiter le temps consacré aux questions de procédure.

5.29 Répondre aux besoins des clients les plus démunis

De nombreux participants nous ont dit que les OTMC constituent un excellent moyen d'offrir des services à de nombreuses personnes souffrant de graves troubles mentaux, mais qu'elles ne répondent pas aux besoins des personnes les plus démunies. Nous avons entendu dire, par exemple, qu'elles ne conviennent pas aux personnes aux

prises avec de graves problèmes de toxicomanie. Nous avons également entendu dire qu'elles ne sont pas idéales pour les clients qui résistent le plus aux traitements ou aux conseils.

Un certain nombre de professionnels nous ont indiqué que les OTMC ne conviennent généralement pas aux personnes qui aiment être hospitalisées ou qui, du moins, n'ont rien contre les hospitalisations. On nous a expliqué que la principale mesure incitative qu'offre une OTMC pour encourager la conformité à l'ordonnance est la peur d'être hospitalisé de nouveau, ce qui n'a aucune répercussion sur les personnes qui ne sont pas opposées à cette éventualité.

Nous avons entendu des opinions divergentes quant à la façon d'aider les clients les plus démunis. Certains professionnels nous ont dit que le renforcement des dispositions d'exécution pourrait aider. Ils étaient plusieurs à croire qu'une démarche totalement différente accompagnée d'autres mécanismes de contrôle plus rigoureux pourrait fonctionner. Un grand nombre de professionnels à qui nous avons parlé étaient d'avis que les OTMC ou toute autre forme d'engagement des patients externes répondent mieux aux besoins des clients qui sont enclins à suivre les règles et des clients désorganisés mais pouvant être dirigés, mais qu'elles ne conviennent pas aux clients très hostiles ou dont le cas est complexe.

Il est devenu toutefois évident que la principale raison pour laquelle les OTMC ne sont généralement pas utilisées pour les clients les plus démunis et les plus difficiles est que de nombreux professionnels et services de santé mentale ne fournissent pas de services à cet égard et qu'ils ne sont sans doute pas enclins à le faire ou dotés des ressources nécessaires. Ils préfèrent consacrer leurs efforts et leurs ressources aux clients à qui il est plus facile d'offrir des services. Un certain nombre de professionnels nous ont expliqué que les unités de santé mentale des hôpitaux généraux ne sont pas adaptées aux patients les plus désemparés et qu'en raison du dessaisissement des hôpitaux psychiatriques provinciaux et de la fermeture des lits, il est de plus en plus difficile de trouver un traitement pour ces personnes.

Quelle que soit la raison qui explique ce phénomène, les participants nous ont répété que de nombreuses personnes très malades ne reçoivent pas d'aide du système officiel de santé mentale. Un grand nombre de ces personnes n'ont pas de carte Santé, de carte de médicaments, d'adresse fixe et de psychiatre. Beaucoup d'entre elles vont d'une ville à l'autre. Bon nombre de ces personnes ont des rapports fréquents avec la police et les tribunaux à la suite d'infractions de nuisance de peu d'importance. Certaines n'ont jamais de procès en raison de la nature bénigne de leurs infractions. D'autres personnes sont incarcérées pendant des périodes variables et finalement remises en liberté sans être mises en rapport avec le système officiel de santé mentale.

On nous a dit que, même lorsqu'il existe un moyen simple d[illegible]aire en sorte que ces personnes soient en contact avec le système, elles ne pourraient faire l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire parce qu'elles n'ont pas les antécédents requis ni n'ont été hospitalisées pendant une période assez longue. Nous avons également entendu parler de résidants autochtones et des régions rurales de la province qui souffrent de problèmes de santé mentale importants sans pour autant être en rapport avec un établissement de l'annexe 1 et avoir été hospitalisés pendant la période requise.

5.30 Les jeunes

Un certain nombre de personnes avec qui nous nous sommes entretenus ont soulevé la question des jeunes qui connaissent leur premier épisode psychotique. On nous a signalé qu'un volume impressionnant de recherche indique qu'une intervention vigoureuse au cours des stades précoces d'une psychose s'est avérée particulièrement efficace. Malgré l'efficacité avérée d'une intervention précoce, on nous a dit que les OTMC ne peuvent être utilisées puisqu'il faut que le patient ait d'abord suivi un traitement bénéfique et ait été hospitalisé. De nombreuses personnes interviewées nous ont demandé de recommander des modifications pour remédier à cette situation.

Il importe de noter que ce point de vue ne faisait pas l'unanimité. Plusieurs psychiatres avec qui nous nous sommes entretenus pensent que les règles existantes permettent généralement une intervention assez précoce dans le processus pathogénique pour régler efficacement le problème.

Nous avons discuté avec un expert qui croit que les OTMC ne conviennent pas aux adolescents. On a jugé qu'il existe tellement de mesures de contrôle juridiques qui s'appliquent aux membres de ce groupe d'âge que l'ajout d'une autre mesure n'est pas nécessaire et serait injuste. Certains ont également déclaré qu'une démarche conçue

pour exercer un contrôle important sur la personne et son traitement, fondé sur le fait que les antécédents cliniques et les modèles de comportement pourraient se répéter, n'est pas approprié étant donné la fluidité qui caractérise les membres de ce groupe d'âge.

6.0 Mémoires

Nous avons clairement fait savoir sur notre site Web et dans nos conversations et notre correspondance avec les représentants des différents organismes que nous souhaitions recevoir des mémoires de leur part.

En réponse à cette demande, nous avons reçu des lettres faisant état de préoccupations et (ou) d'enjeux, des copies d'études non publiées et des données de nombreux organismes. À certains moments, les représentants des organismes ont préféré parler de façon officieuse des OTMC.

Afin de respecter les demandes de confidentialité, nous avons inclus les commentaires dans la section 5 avec les rapports d'entrevue. Les données et les études ont été incorporées à la section 4.

7.0 Résultats

7.1 Les raisons pour lesquelles les OTMC ont été ou n'ont pas été utilisées pendant la période d'examen

Il n'existe aucune donnée sur les raisons pour lesquelles les OTMC ont été ou n'ont pas été utilisées. Cet aspect n'est pas non plus abordé dans la documentation. Nous avons donc dû nous fonder sur les entrevues pour répondre à ces questions.

7.1.1 Quels facteurs influent sur la décision des clients d'utiliser ou d'accepter une OTMC?

Les clients faisant l'objet d'OTMC ou les clients potentiels ont tendance à avoir des raisons très précises pour déterminer si une OTMC est acceptable ou non.

7.1.1.1 Raisons pour lesquelles les clients utilisent ou acceptent une OTMC

- **Soutien pour traverser les périodes difficiles**
  Certains bénéficiaires voient les OTMC comme une façon d'assurer la continuité de leur traitement durant les périodes d'introspection réduite au cours desquelles ils peuvent ne pas respecter leur traitement et subir de graves conséquences.

- **Accès aux services**
  Certains bénéficiaires croient qu'une OTMC leur permettra d'accéder à des services comme le logement et la gestion de cas.

- **Pressions exercées par les fournisseurs de soins de santé**
  De nombreux bénéficiaires acceptent de signer une OTMC après avoir eu l'impression que leur consentement est le prix à payer pour obtenir leur congé de l'hôpital.

- **Acquiescement malgré un état d'incapacité**
  Il semble que certains bénéficiaires ne sont pas en état de prendre une décision éclairée au moment de la signature, mais qu'ils signent en raison de différentes pressions exercées sur eux.

- **Désir d'éviter toute hospitalisation future**
  De nombreux bénéficiaires croient qu'une OTMC les aidera à éviter une rechute et des hospitalisations ultérieures.

- **Satisfaction à l'égard d'une OTMC antérieure**
  De nombreux bénéficiaires acceptent un renouvellement ou une délivrance ultérieure parce qu'ils sont satisfaits des progrès réalisés ou des services offerts lors d'une OTMC antérieure. Cette décision repose souvent sur les services offerts, mais elle peut également refléter l'appréciation de l'amélioration de leur état de santé, de leur stabilité et de leur réintégration sociale.

7.1.1.2 Raisons pour lesquelles les clients refusent d'utiliser ou d'accepter une OTMC

- **Manque de lucidité quant à leur situation**
  Certains bénéficiaires ayant une capacité de décision discutable manquent de lucidité pour évaluer leur situation et, par conséquent, refusent de consentir à une OTMC.

- **Préoccupations relatives à leur autonomie et à leur dignité**
  Certains bénéficiaires considèrent le contrôle dont ils font l'objet et le fait d'être soumis à une OTMC comme avilissants ou autrement troublants. Certains croient qu'une OTMC signifie qu'ils sont dangereux ou même criminels.

- **Mécontentement à l'égard du mandataire spécial**
  Certains bénéficiaires sont mécontents du mandataire spécial qui leur a été affecté.

  Plafonnement
  Certains bénéficiaires mettent fin à l'OTMC parce qu'ils croient avoir déjà tiré le maximum du programme et être prêts à passer à autre chose.

7.1.2 Quels facteurs influent sur la décision des médecins d'utiliser ou d'accepter une OTMC?

Les raisons pour lesquelles les médecins utilisent ou n'utilisent pas les OTMC sont compliquées et interreliées. Elles varient d'un médecin à l'autre et d'un territoire de compétence à l'autre, surtout parce que les règles régissant les OTMC y varient également. Certains facteurs, selon les circonstances, peuvent s'avérer incitatifs ou dissuasifs. Ils peuvent être de nature philosophique ou idéologique ou très pratique. Les principaux facteurs que nous avons cernés lors des entrevues sont exposés ci-après.

7.1.2.1 Raisons pour lesquelles les médecins utilisent ou acceptent une OTMC

- **Conviction à l'égard du bien-fondé des OTMC**
  Certains psychiatres croient fermement au concept d'engagement des patients externes. Ces cliniciens pensent que les avantages des OTMC surpassent de loin toute atteinte aux droits de leurs patients. Bon nombre d'entre eux croient que les OTMC protègent les droits de leurs patients en leur évitant l'hospitalisation et en faisant la promotion de leur bien-être et de leur réintégration. D'autres sont d'avis que les OTMC sont importantes pour le respect des familles, la réduction de leur fardeau et leur intégration au système de soins.

- **Conviction à l'égard de l'efficacité des OTMC**
  Il n'est pas étonnant de constater que les psychiatres qui utilisent les OTMC sont ceux qui croient au concept et en son efficacité. Dans de nombreux cas, ils ont vécu des expériences positives dans le cadre d'OTMC antérieures et croient qu'elles sont utiles.

- **Ressources organisationnelles**
  Les OTMC sont utilisées presque exclusivement par des psychiatres qui sont membres d'un organisme ayant des liens étroits avec les ressources communautaires. Leur utilisation semble augmenter lorsque le coordonnateur des OTMC et les représentants des organismes communautaires participent au processus de planification des congés de l'hôpital.

- **Pressions exercées par les membres de la famille**
  Dans certains cas, les membres de la famille du patient connaissent la loi et militent activement et avec succès auprès des professionnels de la santé afin qu'ils prennent une OTMC pour leur proche.

- **Accès aux ressources**
  Nous croyons que l'accès à des ressources limitées, incluant la gestion de cas, est souvent un facteur important qui motive les médecins à prendre une OTMC pour leurs patients.

- **Encouragement et mentorat**
  L'utilisation tend à augmenter de façon importante dans les établissements où le chef des services de psychiatrie ou un gestionnaire de programme s'intéresse personnellement aux OTMC ou là où un psychiatre a pris la direction des OTMC.

- **Disponibilité et aide du coordonnateur des OTMC**
  Nous avons entendu de nombreux psychiatres nous dire que l'aide du coordonnateur des OTMC et sa présence à l'hôpital sont plus à même de les inciter à utiliser les OTMC.

- **Médecins salariés**
  Comme nous le mentionnons ci-dessous, les OTMC peuvent demander beaucoup de travail et sont moins payantes pour les psychiatres payés à l'acte que d'autres activités. Un certain nombre de psychiatres salariés

nous ont dit qu'ils n'auraient pas été en mesure d'utiliser les OTMC si ce n'était du fait qu'ils n'étaient pas payés à l'acte.

7.1.2.2 Raisons pour lesquelles les médecins refusent d'utiliser ou d'accepter une OTMC

Il convient de noter que les psychiatres qui n'utilisent pas les OTMC étaient moins portés à nous parler que ceux qui s'en servent. Bien qu'il s'agisse clairement d'un facteur limitant notre travail, nous croyons avoir dressé une liste à laquelle on peut se fier des raisons pour lesquelles les psychiatres évitent d'avoir recours aux OTMC. Les principales raisons évoquées sont les suivantes :

- **Préoccupations relatives au processus d'exécution**
  Ce problème est l'un des deux points les plus fréquemment soulevés. Une grande majorité des psychiatres et autres professionnels de la santé et aidants avec qui nous nous sommes entretenus croient que le processus d'exécution comporte de profondes failles. Certains croient que le problème est si grave que les OTMC ont peu de valeur. L'un des problèmes perçus concerne le processus d'appréhension. Dans certaines situations précises, un médecin peut délivrer la formule 47 (Ordonnance d'examen), qui autorise la police à appréhender le client et l'escorter chez le médecin en question pour y subir un examen. Lorsque cela est approprié et légalement justifié, le médecin peut signer une formule 1 après l'examen. La formule 1 autorise la détention pendant une période maximale de 72 heures à des fins d'évaluation. Les préoccupations que soulève ce processus peuvent se résumer ainsi :

    - La loi précise que le patient doit être amené chez le clinicien ou son représentant plutôt que dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1. Cette mesure est perçue comme impraticable et un abus envers le médecin en question. Elle est également impraticable si le patient se trouve dans un endroit éloigné du médecin qui a signé l'ordonnance. Elle peut également créer des frictions avec la police ou entraîner de la résistance de sa part lorsque les patients doivent être déplacés sur de grandes distances.

    - Selon l'interprétation de nombreuses personnes, y compris celle de la Commission du consentement et de la capacité, la loi prévoirait l'annulation de l'ordonnance de traitement en milieu communautaire lorsque le patient est appréhendé en vertu d'une formule 47. Cela signifie que tout le processus de l'OTMC doit être repris après l'appréhension d'une personne en vertu d'une formule 47, sinon la personne n'est plus considérée comme faisant l'objet d'une OTMC.

  Ces problèmes, particulièrement le dernier, ont convaincu quelques psychiatres de cesser d'utiliser les OTMC ou, du moins, de restreindre les circonstances dans lesquelles ils s'en servent.

- **Désillusion envers la Commission du consentement et de la capacité**
  La désillusion envers la Commission du consentement et de la capacité et ses processus a été constamment mentionnée comme le problème le plus important ou l'un des problèmes les plus importants, partout dans la province. Il était clair qu'un nombre important de cliniciens étaient prêts à tout faire pour éviter d'interagir avec la Commission. Les membres d'un autre groupe important sont grandement influencés par leur désir de ne pas se présenter devant la Commission au point où cela influe considérablement sur leur conduite et la prise de décisions concernant leurs patients.

  Bien qu'un petit nombre de cliniciens soient particulièrement dérangés par les processus de la Commission en matière d'OTMC, la grande majorité d'entre eux ne faisaient pas de différence entre ces derniers et ses processus généraux dans tous les autres domaines. Il est également devenu très rapidement clair que l'attitude de plus en plus fermée des psychiatres envers la Commission était influencée autant, sinon plus, par ce qu'ils entendaient de leurs collègues que par leurs propres interactions avec la Commission.

  Les préoccupations exprimées sont liées aux fonctions à la fois administratives et décisionnelles de la Commission. Nous avons entendu dire que les audiences sont prévues un jour ou deux avant qu'elles n'aient lieu, obligeant les cliniciens à annuler les rendez-vous et à réorganiser leur horaire au dernier moment. Nous avons entendu dire que les audiences sont souvent reportées à une nouvelle date, souvent parce que le tribunal ordonne la nomination d'un avocat pour le patient, obligeant le clinicien à prévoir une autre journée pour l'audience. On nous a dit que les audiences sont de plus en plus accusatoires et que les membres du tribunal

interviennent rarement lorsque l'avocat du patient adopte ce que les psychiatres perçoivent comme un comportement abusif envers eux.

Les psychiatres sont également préoccupés par les répercussions qu'une audience, surtout si elle est longue, difficile et très accusatoire, peut avoir sur leurs patients. On nous a également dit que les audiences sont de plus en plus longues et que la nature des questions porte souvent sur des éléments que les cliniciens perçoivent comme étant hors de propos et des questions de nature technique indéchiffrables. Un nombre important de cliniciens croient qu'ils devraient avoir droit à un avocat devant la Commission. Il faut noter qu'une source bien informée nous a dit que l'accent sur les technicalités et les problèmes de durée ont diminué de beaucoup à l'automne 2004. Cependant, ce changement, s'il a eu lieu, n'a pas encore modifié l'opinion des psychiatres au sujet de la Commission et de ses processus selon ce que nous avons pu constater.

Cette situation a fait en sorte qu'un grand nombre de psychiatres refusent simplement d'avoir recours aux OTMC. Un autre groupe important est composé de psychiatres qui ne veulent pas rendre de décisions d'incapacité. Par conséquent, ils ne prendront une OTMC que si le patient accepte le plan de traitement en milieu communautaire. Nous avons eu l'impression que la plupart des membres de ce groupe ont pris l'habitude d'ignorer l'exigence du consentement d'une personne capable et l'ont remplacé par un simple acquiescement. En d'autres mots, la volonté du patient de signer un plan de traitement en milieu communautaire sera acceptée sans égard à sa capacité de décision.

Par ailleurs, le refus de signer mettra fin au processus, là encore, peu importe sa capacité légale. Cette situation entraîne l'acceptation à tort du consentement de patients légalement incapables et le refus de services à des patients non consentants légalement incapables. Nous avons également entendu des cliniciens d'un peu partout dans la province nous dire que les OTMC ne sont pas maintenues après le premier renouvellement en raison de l'extrême réticence des psychiatres à participer à l'audience obligatoire qui doit avoir lieu à l'occasion du deuxième renouvellement.

- **Exigence que le patient respecte les critères énoncés dans la formule 1**
  Un patient qui n'est pas hospitalisé est admissible à une OTMC seulement s'il respecte les critères d'appréhension énoncés dans la formule 1 (Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin). Un patient qui a été reconnu incapable de consentir à son traitement pourrait respecter les conditions de la section A (dangerosité) ou de la section B (besoin de traitement) de la formule 1. Un patient capable qui n'est pas hospitalisé ne respectera cependant les critères d'une OTMC que s'il respecte les critères de dangerosité de la formule 1. Étant donné qu'on pourrait dire que ces critères requièrent un certain degré d'urgence, il existe un fort consensus chez les psychiatres voulant qu'une OTMC ne peut être renouvelée pour un client capable que si l'OTMC précédente a échoué. La raison en est que le client ne respectera pas les critères si l'OTMC a réussi. Ces psychiatres avancent qu'ils disposent d'une méthode de traitement clinique dont l'utilisation continue avec un patient est autorisée uniquement si le traitement s'est montré inefficace. Ils soulignent également que ce problème ne survient qu'avec des patients capables qui doivent, de toute façon, consentir à l'OTMC pour qu'elle se poursuive. En d'autres mots, une OTMC qui réussit peut ne pas être renouvelée même si le psychiatre et le patient sont d'accord pour le faire.

- **La perception d'un certain manque de sévérité**
  Dans le cadre de nos consultations, nous avons entendu à maintes reprises une minorité importante de professionnels de la santé et aidants avec qui nous avons discuté nous dire que la Loi « manquait de sévérité ». Lorsque nous avons demandé des explications, on a nous généralement répondu que la Loi n'était pas très utile parce qu'elle ne permet pas d'imposer une médication aux patients. Certaines de ces personnes aimeraient avoir l'autorité d'imposer une médication en milieu communautaire. La majorité de ces psychiatres préféreraient cependant une disposition qui permet une appréhension à court terme afin de pouvoir administrer les médicaments à l'hôpital. Il faut noter que de nombreux psychiatres et autres professionnels de la santé et aidants ne croient pas qu'une disposition permettant l'imposition d'un traitement soit nécessaire ni même souhaitable. Il faut également noter que cette préoccupation est étroitement liée au problème d'exécution mentionné ci-dessus.

- **Préoccupations quant à la complexité de la mise en œuvre d'une OTMC et au temps qu'elle nécessite.**
  De nombreux psychiatres refusent d'utiliser les OTMC ou sont réticents à le faire en raison de la longueur du processus, de la quantité de tâches administratives requises et du temps à consacrer au processus. Fait intéressant à noter, un certain nombre de psychiatres, après réflexion, ont concédé que ce sont les

coordonnateurs des OTMC et non les psychiatres qui sont responsables des tâches administratives en question et que le processus, en fait, est assez simple pour le psychiatre. Les préoccupations relatives aux tâches administratives sont liées à la quantité de travail et aux nombreuses étapes et formules nécessaires à la mise en œuvre d'une OTMC. Il existe également beaucoup de ressentiment au sujet du fait que le processus entier doit être repris tous les six mois si l'OTMC est renouvelée.

- **Manque de candidats appropriés**
  Certains cliniciens voient les OTMC comme un instrument pouvant convenir à presque tout le monde. Cependant, un nombre important de cliniciens considèrent que les OTMC, de par leur nature, sont des instruments qui sont efficaces pour certains patients seulement. Bon nombre d'entre eux nous ont dit que les OTMC sont particulièrement utiles avec des clients qui sont enclins à suivre les règles ou ceux qui profiteront d'un peu d'ordre dans leur vie. Beaucoup de cliniciens considèrent que des facteurs comme la consommation de drogue, des traits de personnalité antisociale ou une résistance générale à l'autorité constituent des contre-indications à l'utilisation des OTMC. Précisons que cette liste n'est donnée qu'à titre d'exemple puisque les cliniciens divergent d'opinion sur qui devrait ou non bénéficier d'une OTMC.

- **Inquiétudes face à la responsabilité civile**
  Un certain nombre de psychiatres à qui nous avons parlé s'inquiètent de la responsabilité légale associée aux OTMC. Bien que la plupart sont au courant des protections juridiques que procure la Loi, ils croient qu'il existe d'autres risques comme la responsabilité potentielle de la conduite d'autres professionnels responsables de certaines parties du plan de traitement, mais qui ne sont pas directement affiliés à l'hôpital auquel le psychiatre est rattaché.

- **Conviction que les OTMC pourraient porter atteinte aux droits des patients**
  Nous avons discuté avec un certain nombre de psychiatres qui n'utilisent pas les OTMC ou qui y participent de façon minimale en raison d'importantes réserves à l'égard de l'éthique des OTMC et d'une conviction que les OTMC portent initialement atteinte aux droits des patients.

- **Conviction que les OTMC sont redondantes**
  Un certain nombre de psychiatres, particulièrement ceux qui travaillent en milieu communautaire, nous ont dit que les OTMC ajoutent peu d'options à l'éventail de traitements à leur disposition. Ces psychiatres croient qu'un traitement communautaire dynamique et autres services communautaires, comme le logement, combinés aux relations personnelles qui peuvent s'établir avec les patients au fil du temps et à la possibilité de recourir aux autres dispositions d'appréhension de la *Loi sur la santé mentale* offrent toutes les méthodes de traitement dont ils ont besoin. D'autres psychiatres croient que d'autres traitements sont nécessaires, mais que les OTMC dans leur état actuel n'ajoutent rien à leurs autres pouvoirs et à leur autorité.

- **Craintes quant à l'alliance thérapeutique**
  Certains psychiatres, surtout ceux qui travaillent en milieu communautaire, se tiennent à l'écart des OTMC parce qu'ils croient que l'introduction de la notion d'obligation dans la relation nuira à la relation de confiance entre le patient et le médecin.

- **Pénurie de ressources**
  Dans certaines parties de la province, y compris certaines régions rurales et du Nord, les cliniciens évitent d'utiliser les OTMC dans certaines circonstances en raison d'un manque de ressources, comme la gestion des cas, le logement ou autres soutiens.

- **Manque de soutien offert aux médecins en milieu communautaire**
  Les praticiens exerçant seuls, qu'ils soient médecins de famille ou psychiatres, n'utilisent pas beaucoup les OTMC. Certains ont tenté de mettre en œuvre une OTMC puis l'ont abandonnée et considèrent toute OTMC future comme impraticable. La situation est quelque peu différente lorsque le praticien reçoit beaucoup d'appui et de soutien. Lorsque des liens forts sont tissés entre l'hôpital ou un autre organisme spécialisé et les praticiens en milieu éloigné, y compris l'accès à une expertise et autres formes de soutien, l'utilisation des OTMC tend à augmenter.

- **Conviction de pouvoir gagner plus d'argent en faisant autre chose**
  Il existe une croyance parmi les psychiatres qui accordent la priorité à la maximisation du revenu qu'il y a plus d'argent à gagner ailleurs. On nous a dit que les demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario relatives aux OTMC sont tellement complexes et prennent tellement de temps à remplir que de nombreux psychiatres utilisent un code d'honoraires moins rémunérateur ou ne facturent aucun service lié aux OTMC. Nous avons également entendu dire qu'une grande partie du travail lié aux OTMC, comme les appels téléphoniques et les tâches administratives, n'est pas du tout rémunérée. Nous devons noter cependant qu'on nous a dit au cours de nos visites de certains établissements que les honoraires à la séance attribués par le gouvernement aux fins des OTMC sont utilisés avec succès pour rémunérer les médecins pour ce type de travail.

- **Absence de mentorat et d'encouragement**
  Les OTMC constituent des outils relativement nouveaux. Elles exigent que le clinicien adopte de nouveaux comportements. Elles requièrent la mise en place de nouvelles relations interpersonnelles quelque peu complexes et un accès garanti aux services communautaires. Elles nécessitent également l'accès à des lits d'hôpital au besoin et éventuellement un séjour quelque peu prolongé en préparation à l'OTMC. Tous ces éléments nécessitent de la planification et un soutien institutionnel de même qu'une expertise et un mentorat de la part du chef des services de psychiatrie ou d'un autre membre désigné de la haute direction. Lorsque le personnel ne bénéficie pas de ce soutien institutionnel et d'un leadership personnel, les OTMC ont tendance à être moins utilisées.

- **Durée des OTMC**
  Un nombre important de psychiatres croient que la durée des OTMC (six mois) est trop courte. Bon nombre d'entre eux sont préoccupés par la nécessité de répéter le processus laborieux de mise en œuvre d'une OTMC tous les six mois. Beaucoup d'entre eux croient également qu'une période de six mois est trop courte pour constater des progrès cliniques et les consolider étant donné que la maladie traitée est souvent en place, sans aucun contrôle, depuis de nombreuses années.

- **Manque de connaissances et d'aisance**
  Beaucoup de médecins ne se sentent pas à l'aise à l'égard des OTMC parce qu'ils n'ont pas reçu suffisamment de formation sur leur utilisation et qu'ils manquent d'expérience en la matière.

- **Exigence d'hospitalisation antérieure**
  Un certain nombre de critiques à l'égard de l'exigence relative à l'hospitalisation préalable ont été formulées. En voici quelques-unes :
  - Ce critère, selon ce que certains nous ont dit, en limite l'utilité dans le cas des personnes qui connaissent leur premier épisode psychotique. (Il faut noter que certains sont en désaccord parce que, selon eux, ce critère est respecté assez tôt dans la maladie.)
  - On nous a également dit qu'il empêchait l'utilisation des OTMC pour les personnes qui seraient admissibles si ce n'était qu'elles ont reçu leur récent traitement ou ont été internées dans une prison ou dans un établissement ne se trouvant pas dans l'annexe 1, plutôt que dans un établissement de l'annexe 1.
  - Dans certaines régions de la province, les membres des communautés autochtones souffrant de troubles mentaux graves et persistants sont moins susceptibles que les autres résidants de l'Ontario de demander des soins en milieu hospitalier ou d'en recevoir.

- **Manque de conviction quant à l'efficacité des OTMC**
  Certains médecins croient que les OTMC ajoutent peu de moyens à l'arsenal dont ils disposent déjà. Certaines de ces personnes appuient leur jugement sur une insatisfaction envers la loi actuelle, tandis que d'autres ont cette opinion envers l'engagement des patients externes en général.

- **Inertie**
  À certains endroits, les OTMC ne sont pas utilisées ou le sont peu tout simplement parce qu'on n'a pas pris le temps et déployé les efforts nécessaires pour mettre en place les changements requis sur les plans de la pratique et de l'organisation pour en permettre l'utilisation.

- **Mythes entourant le cas Starson**
  Dans le cas Starson, la Cour suprême du Canada a pris une décision fondée sur les faits concernant un patient particulier. Dans le cadre de cette décision, la Cour a maintenu la loi de l'Ontario tout en réaffirmant la nécessité de l'appliquer de façon objective et impartiale. En dépit du fait que la Cour a exprimé son appui au *statu quo* et qu'elle n'a pas modifié la loi ni la façon dont elle doit s'appliquer, un grand nombre de mythes ont malheureusement vu le jour suite à ce jugement. Certains médecins croient à tort que la Cour a changé la Loi ou a établi de nouvelles normes en matière de capacité. Cette opinion, bien que sans fondement réel, dissuade certains cliniciens de participer aux OTMC.

- **Refus de consentement des clients capables**
  Certaines personnes ayant été reconnues comme de bons candidats aux OTMC et qui peuvent consentir au traitement ont refusé de participer au plan de traitement en milieu communautaire.

- **Clients recevant leur congé avant la mise en œuvre d'une OTMC**
  La pression pour donner leur congé aux patients est énorme. On nous a dit que cette situation faisait en sorte que des candidats potentiels aux OTMC recevaient souvent leur congé avant la mise en œuvre d'une OTMC ou étaient renvoyés à la maison en faisant l'objet une OTMC, mais avant que le soutien nécessaire au succès de l'OTMC n'ait été mis à la disposition du client.

- **Inaccessibilité des médecins aux fins de suivi en milieu communautaire**
  Nous avons appris que, dans certaines régions de la province, les OTMC sont impraticables en raison du manque de médecins de famille pouvant assurer la supervision et le suivi nécessaires.

- **Façons plus rémunératrices d'utiliser le temps**
  On nous a fait comprendre qu'une certaine partie de la profession évite les OTMC parce qu'elles sont considérées comme insuffisamment rémunératrices. Pour certains, le problème vient du fait que certaines responsabilités, comme les appels téléphoniques, ne sont pas rémunérées. Pour d'autres, les OTMC n'arrivent pas en tête de liste en matière de maximisation du revenu.

- **Succès**
  Les OTMC ne sont parfois pas renouvelées parce que le médecin est d'avis que le client en a tiré le maximum et qu'il est susceptible de s'en tirer sans OTMC.

- **Échec**
  Il arrive que les OTMC ne soient pas renouvelées parce que l'OTMC précédente n'a pas permis d'obtenir les résultats escomptés pour le client.

7.1.3 Quels facteurs influent sur la décision des mandataires spéciaux d'utiliser ou d'accepter une OTMC?

7.1.3.1 Raisons pour lesquelles des mandataires spéciaux utilisent ou acceptent une OTMC

- **Recommandée par l'équipe de soins de santé**
  Certains mandataires spéciaux ont consenti à une OTMC parce que cette façon de faire a été recommandée par l'équipe de soins de santé qui s'occupait de leur être cher et qu'ils ont cédé à la pression ou qu'ils suivent habituellement les recommandations des professionnels sans se poser de questions.

- **Désespoir**
  Un certain nombre de membres de familles nous ont dit qu'ils tentaient depuis des années d'obtenir des soins et de l'attention pour leur proche et que l'OTMC semblait un bon moyen de les obtenir.

- **Une façon de pouvoir émettre leur opinion**
  Certains membres de familles, surtout lorsqu'ils sont mandataires spéciaux, considèrent les OTMC comme une façon de jouer un rôle et d'exercer une certaine influence sur les soins prodigués à leur proche. Beaucoup de ces personnes se sont senties impuissantes pendant de longues périodes.

- **Une façon d'avoir une influence**
  Bon nombre de membres de familles, qui se sont auparavant sentis impuissants face à la maladie et au pouvoir des professionnels, apprécient l'influence qu'ils obtiennent par rapport à ces professionnels en pouvant consentir ou refuser de consentir.

- **Accès à l'information**
  Certains membres de familles lorsqu'ils sont mandataires spéciaux, voient l'OTMC comme une façon d'obtenir de l'information sur le patient à laquelle ils n'avaient pas accès auparavant.

- **Attentes de réussite**
  Certains membres de familles connaissent très bien le sujet de l'engagement des patients externes, dont on discute à l'échelle mondiale, et croient que le concept est très prometteur pour leur proche.

- **Succès**
  Certains membres de familles ont vécu une expérience très positive avec une OTMC antérieure et désirent répéter l'expérience ou poursuivre dans cette direction.

7.1.3.2 Raisons pour lesquelles les mandataires spéciaux refusent d'utiliser ou d'accepter une OTMC

- **Refus des conseils en matière de droits**
  Certains membres de familles ont exprimé le désir de consentir à l'OTMC, mais ont ensuite refusé de rencontrer un conseiller en matière de droits.

- **Affront à la dignité**
  Certains mandataires spéciaux croient que les OTMC sont un affront à la dignité de la personne qui en fait l'objet.

- **Détérioration potentielle des relations**
  Certaines familles craignent que leur consentement à une OTMC offensera leur proche malade et, par conséquent, entraînera la rupture des relations avec cette personne.

- **Cynisme**
  Beaucoup de membres de familles ont connu des années de résultats moins que satisfaisants avec le système de santé mentale. En raison de cette expérience, certains d'entre eux n'ont pas tendance à vouloir consentir à une OTMC parce qu'ils considèrent que le système n'a pas répondu aux besoins de leur proche, qu'il est absurde et qu'il est peu probable qu'il ait quelque chose d'utile à offrir.

- **Problèmes relatifs aux conseils en matière de droits**
  Selon nos renseignements, un mandataire spécial a refusé, à au moins une occasion, de consentir à une OTMC après qu'un représentant du Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques lui eut donné l'impression qu'il pourrait encourir de sérieuses responsabilités légales s'il consentait. Toujours selon nos renseignements, le consentement aurait été refusé à une autre occasion après que le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques eut refusé la demande d'une néo-Canadienne ne parlant pas anglais d'obtenir des conseils sur ses droits par écrit. Bien que le BIPEP puisse fournir les services d'interprètes dans toutes les langues et en défrayer les coûts, il n'a pas les moyens d'offrir la documentation écrite dans toutes les langues.

7.1.3.3 Autres facteurs importants influant sur la décision des mandataires spéciaux

- **Règles de prise de décision**
  Un plan de traitement en milieu communautaire est défini comme un traitement en vertu de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. Les mandataires spéciaux avertis ou bien informés sont conscients de leur responsabilité légale lorsqu'ils prennent une décision en fonction des règles énoncées à cet égard à l'article 21 de la Loi. Ces règles exigent que le mandataire spécial respecte tout désir préalable s'il a été exprimé par le

patient alors qu'il était capable et âgé d'au moins 16 ans, s'il constitue le désir le plus récent du patient et qu'il est possible de le respecter.

- **Volonté ou capacité de collaboration du client**
  La décision du mandataire spécial est souvent prise en fonction de sa perception de la volonté et de la capacité du client de coopérer et de se conformer au plan et à l'ordonnance.

- **Continuité du rôle du mandataire spécial**
  Certains mandataires spéciaux fondent leur décision, en tout ou en partie, sur le désir ou le refus, selon le cas, d'assumer la responsabilité du plan de traitement en milieu communautaire et l'autorité qui en découle.

- **Disponibilité des ressources**
  Les décisions prises pour autrui sont souvent fondées sur la perception du mandataire spécial de la disponibilité des ressources, comme le logement et les préposés aux services de soutien, dont le client a besoin pour réussir.

7.1.4 Quelles sont les solutions de rechange utilisées pour traiter les clients dans la collectivité?

Les équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD) et les autres formes de gestion globale des cas en milieu communautaire constituent les solutions de rechange les plus courantes aux OTMC. En fait, on nous a constamment répété que les OTMC sont fréquemment utilisées comme solution de rechange dans les régions où il n'y a pas d'équipe de traitement communautaire dynamique ou dans les cas où elles sont débordées.

Les OTMC peuvent être perçues comme inutiles dans les régions où les niveaux de service s'avèrent satisfaisants et l'établissement de relations de travail très étroites entre l'hôpital et le milieu communautaire offre aux clients des soins continus lors de leur passage de l'hôpital à la collectivité.

Les clients qui ne reçoivent pas autrement de soins appropriés peuvent se retrouver aux prises avec l'appareil de justice pénale où leurs soins, s'ils en obtiennent, seront offerts dans des établissements correctionnels ou en milieu communautaire sous la supervision des services de probation et de libération conditionnelle ou de la Commission ontarienne d'examen.

De nombreuses personnes vivant dans la collectivité atteignent un bon niveau de stabilité et de bien-être avec l'aide d'un ou plusieurs organismes de santé mentale en milieu communautaire qui offrent une gamme très variée de services et de philosophies de service dans la province. D'autres trouvent l'aide dont ils ont besoin dans des entreprises exploitées par des bénéficiaires ou des organismes variés, comme des haltes-accueil offrant le soutien des pairs ainsi qu'une myriade d'autres services offerts dans un environnement positif et non menaçant.

7.1.5 Quelles sont les caractéristiques des clients qui utilisent les OTMC?

Il ne semble pas exister de profil uniforme des clients faisant l'objet d'OTMC dans la province. Il est cependant possible d'établir certaines similarités et certains thèmes communs. Tous les clients faisant l'objet d'OTMC doivent satisfaire aux critères du paragraphe 33.1 (4) de la *Loi sur la santé mentale*. Ils ont tous, par conséquent, des antécédents de maladie mentale pouvant être soignée, ils respectent tous le critère d'hospitalisation de la loi et ils sont tous hospitalisés au début de leur OTMC ou ils respectent les critères de la formule 1.

Une analyse des données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) indique que 54,3 pour 100 des clients faisant l'objet d'OTMC sont des hommes et 45,7 pour 100, des femmes. Alors qu'une très petite minorité des clients sont jeunes ou âgés, environ 70 pour 100 d'entre eux ont entre 21 et 50 ans. Un pourcentage semblable de clients ont reçu un diagnostic de schizophrénie et environ 30 pour 100 souffrent de trouble schizo-affectif ou de trouble bipolaire. Très peu d'entre eux souffrent d'un trouble de la personnalité, d'un trouble du développement ou sont considérés comme ayant un problème grave de consommation de drogue.

Les clients semblent avoir une longue relation avec le système de santé mentale. Il semble également qu'ils soient considérés comme des personnes susceptibles de se conformer à leur OTMC.

Environ la moitié des clients faisant l'objet d'OTMC sont considérés capables de consentir à leur propre traitement et y ont, par conséquent, consenti eux-mêmes. Comme nous l'avons mentionné ailleurs dans ce rapport, il semble que cette situation est due, au moins en partie, à la propension de certains médecins à accepter l'acquiescement comme un consentement éclairé et capable et à leur hésitation ou à leur refus de rendre une décision d'incapacité ou de prendre une OTMC pour un patient déclaré incapable. Le pourcentage de patients capables varie grandement d'un hôpital à l'autre, certains hôpitaux utilisant les OTMC exclusivement ou presque exclusivement avec des patients théoriquement capables.

Dans de nombreux cas, les clients faisant l'objet d'OTMC sont des personnes considérées comme n'étant pas suffisamment dans le besoin pour bénéficier d'un traitement communautaire dynamique ou qui n'ont pas réussi à obtenir un tel traitement ou d'autres services de gestion des cas sans une OTMC.

En raison de l'exigence relative à l'hospitalisation, de nombreuses personnes qui pourraient autrement satisfaire aux conditions d'une OTMC sont exclues. Ce groupe comprend les personnes connaissant un premier épisode psychotique, celles qui ont reçu des soins en milieu communautaire ou dans des institutions hors de la province, dans des établissements correctionnels, des hôpitaux ne se trouvant pas dans l'annexe 1, des centres de traitement pour enfants ou des établissements de soins en résidence. De plus, sont exclues les personnes souffrant de maladie mentale grave et persistante et qui n'ont pas de lien avec les services psychiatriques.

Il semblerait que les personnes qui en ont le plus besoin, celles dont la maladie est la plus grave, celles qui résistent le plus aux soins ou celles qui n'ont pas de liens avec le système de santé mentale officiel, ont peu de chances d'obtenir une OTMC. Les personnes qui semblent le plus susceptibles d'obtenir une OTMC sont celles qui sont à tout le moins quelque peu influençables ou enclines à respecter les règles.

7.1.6 Qui délivre les OTMC?

Bien que certaines OTMC proviennent d'organismes comme les équipes de traitement communautaire dynamique, la majorité est délivrée dans les établissements psychiatriques de l'annexe 1[17]. Un petit nombre de médecins de famille[18] en milieu communautaire ont pris des OTMC, mais beaucoup de ces expériences ont été abandonnées par les médecins, qui les ont trouvées impraticables. Certains ont réussi grâce au soutien vigoureux d'équipes mobiles des établissements de l'annexe 1. Certaines équipes de traitement communautaire dynamique ont mis en œuvre des OTMC, mais cette pratique, qui pourtant connaît souvent du succès, ne semble pas très répandue. Il semblerait que le faible taux de délivrance dans d'autres environnements soit attribuable à un manque de médecins, d'incitations financières pour ces derniers, de ressources et de structures avancées et autres soutiens que l'on pourrait réunir au sein d'une équipe de traitement communautaire dynamique ou à l'hôpital. Il convient également de noter que l'opposition idéologique aux OTMC est plus importante parmi les professionnels œuvrant en milieu communautaire.

L'utilisation des OTMC dans les établissements de l'annexe 1 est inégale dans la province. Dans certains d'entre eux, les OTMC sont utilisées régulièrement et en grand nombre. Dans d'autres, elles ne sont que rarement utilisées si ce n'est jamais. Les raisons de les utiliser ou non varient d'un hôpital à l'autre. Les hôpitaux qui les utilisent beaucoup ont tendance à avoir un chef du personnel ou une autre personne qui est prêt à promouvoir l'utilisation des OTMC et à agir comme mentor et à soutenir les psychiatres qui désirent y avoir recours.

L'utilisation dépend également de la disponibilité des services de gestion de cas et d'autres ressources communautaires. Un manque de ressources peut en décourager l'utilisation s'il en résulte une incapacité d'offrir du soutien aux clients faisant l'objet d'OTMC dans la collectivité. Un manque de ressources peut cependant en inciter l'utilisation si les OTMC sont vues comme un moyen d'accéder à des ressources limitées. Inversement, une abondance de ressources peut réduire la demande d'OTMC si les ressources sont déjà accessibles aux clients qui n'en font pas l'objet.

Le taux d'utilisation des OTMC est souvent grandement influencé par la qualité de la relation entre l'hôpital et les organismes communautaires. Si des relations de travail moyennement étroites et confortables existent ou peuvent être établies entre les organismes et l'hôpital, il y a plus de chances que les OTMC soient utilisées. Si la relation est mauvaise ou inexistante, la probabilité que les OTMC soient utilisées est grandement réduite. Si la relation de travail

[17] Voir Tableau 7.
[18] Voir Tableau 2.

entre les organismes communautaires est très bonne et que les ressources sont abondantes, l'utilisation des OTMC peut être considérée comme redondante et inutile.

Les coordonnateurs sont essentiels à l'utilisation des OTMC dans un hôpital. Il semblerait qu'il y ait plus de chances qu'elles soient utilisées dans un hôpital où il y a un coordonnateur des OTMC sur place. L'utilisation semble également plus élevée si le coordonnateur et les représentants des organismes communautaires participent régulièrement aux réunions de planification des congés des patients hospitalisés.

7.2 L'efficacité des OTMC pendant la période d'examen

7.2.1 Quels sont les effets des OTMC sur le mieux-être et la satisfaction des clients?

À part quelques études locales ontariennes mentionnées à la section 4.4 de ce rapport, il n'existe pas de données quantitatives traitant du mieux-être et de la satisfaction des clients. Notre étude documentaire révèle que la plupart des recherches se sont penchées sur des facteurs autres que le mieux-être et la satisfaction des clients. Cependant, une étude néo-zélandaise portant sur les OTMC chez les Maoris mentionne une perception de mieux-être et de satisfaction accrus.

Les données qualitatives que nous avons recueillies au cours de nos entrevues indiquent fortement que les clients qui ont bénéficié d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire en Ontario ont connu une amélioration importante dans un certain nombre de domaines.

De nombreux clients nous ont mentionné qu'ils croyaient que leur OTMC leur avait permis d'atteindre un bon degré de stabilité et d'éviter une hospitalisation. Les clients, de façon générale, apprécient grandement le niveau de soutien personnel et d'attention qu'ils reçoivent. Certains nous ont dit que l'OTMC leur avait permis de recevoir des traitements à des périodes où leur capacité d'introspection était très faible. Nous avons rencontré des clients qui nous ont dit que leur OTMC leur avait permis de trouver un logement stable pour la première fois depuis des années, de terminer leurs études ou de réintégrer la collectivité après des années d'isolement social. Il convient de noter cependant que certains clients pensent que la perte de leur autonomie personnelle et du contrôle sur leur vie surpassait tous les avantages.

Les membres des familles, à quelques remarquables exceptions près, ont signalé une amélioration importante chez leur proche et une diminution considérable des problèmes associés à la maladie et vécus par la famille et tous ses membres. Nous avons entendu parler de clients qui sont retournés aux études, redevenus un membre à part entière de leur famille et qui ont cessé d'avoir des comportements inquiétants, comme des tentatives de suicide à répétition. L'expérience n'est cependant pas universelle. Une mère nous a dit que l'OTMC de son fils lui avait sauvé la vie puisqu'il avait cessé de faire des tentatives de suicide graves à répétition. Un autre parent considère cependant que l'expérience a eu peu d'avantages pour son fils parce qu'il a perçu un manque d'attention de la part des fournisseurs de soins. De nombreuses familles sont en colère et frustrées parce que leur proche n'a pas bénéficié d'une OTMC.

Certains des professionnels de la santé mentale avec lesquels nous avons discuté étaient déçus de leur expérience en matière d'OTMC. Certains avaient même décidé de ne plus les utiliser. Cependant, il convient de noter que la plupart des professionnels de la santé mentale avec lesquels nous nous sommes entretenus et qui ont de l'expérience en matière d'OTMC croient qu'elles constituent un outil très efficace. Ces professionnels sont d'avis que le taux de réadmission et la durée des séjours de leurs clients faisant l'objet d'OTMC ont chuté de façon importante et que leur qualité de vie s'est améliorée.

7.2.2 De quels services et soutiens bénéficient les clients faisant l'objet d'OTMC?

La base de données des *formules de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* du MSSLD répertorie la vaste gamme de services que reçoivent les clients faisant l'objet d'OTMC dans le cadre du plan de traitement en milieu communautaire qui leur est proposé. Comme nous l'avons indiqué à la section 4.4, ils incluent, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants :

- programmes hospitaliers de santé mentale ou de psychiatrie dispensés dans les hôpitaux aux patients externes,
- services de traitement communautaire dynamique,
- service de traitement de la toxicomanie,
- services d'intervention en cas de crise,

- services de gestion de cas,
- un psychiatre du secteur privé,
- une clinique de gestion de la pharmacothérapie,
- un logement avec services de soutien,
- des soins médicaux non psychiatriques
- des services de santé mentale en milieu communautaire dispensés par l'entremise d'un organisme précis,
- d'autres services; p. ex., un médecin d'une clinique d'injection ou d'injection retard, de déjudiciarisation, de l'ergothérapie, du counselling, des services de psychiatrie légale, de la gestion de la colère ou de l'estime de soi, l'aide du Tuteur et curateur public ou de tout autre administrateur financier et un refuge en attendant un logement supervisé avec services de soutien.

L'utilisation de ces services dépend des besoins du client d'OTMC, de la disponibilité des services dans la communauté et de la relation entre l'hôpital ayant demandé la délivrance de l'OTMC et les organismes communautaires de la région.

7.2.3 Quels facteurs influent sur l'efficacité des OTMC?

Nos données qualitatives nous portent à conclure que les clients faisant l'objet d'OTMC en Ontario ont tiré des bénéfices considérables du programme. Ce que nous ne sommes pas en mesure de déterminer cependant, ce sont les facteurs qui ont contribué à cette réussite. Les clients faisant l'objet d'OTMC sont soumis à de nombreuses restrictions légales. Ils reçoivent également un niveau de services, d'attention et d'organisation bien au-dessus de la norme pour des personnes dans leur situation.

La plupart des professionnels avec qui nous avons parlé croient que les avantages remarqués chez leurs clients sont attribuables en grande partie à la coordination et au niveau de services accrus dont ces patients ont bénéficié. Beaucoup ont parlé des avantages de l'augmentation perçue de la responsabilisation des professionnels et de la coopération entre l'hôpital et le milieu communautaire que les OTMC semblent favoriser. Certains attribuent le succès principalement aux restrictions légales imposées aux patients; d'autres croient qu'il s'agit d'un amalgame, tandis que d'autres encore croient que les raisons de la réussite varient d'un client à l'autre.

Nous avons conclu qu'une grande majorité de clients faisant l'objet d'OTMC avaient tiré des bénéfices considérables de leur expérience. Cependant, nous sommes incapables de conclure quels sont, s'il y en a, les bénéfices liés aux restrictions légales imposées aux clients faisant l'objet d'OTMC par rapport à ceux liés aux services, à la responsabilisation accrue des professionnels et au niveau d'organisation professionnelle consacrés à leurs soins.

Ces conclusions correspondent aux résultats de notre étude documentaire. Il semble clair que les résultats intangibles des OTMC, comme le bien-être et la satisfaction des clients, ne peuvent être évalués que par une étude précise et bien ciblée. Cependant, il importe davantage que les coordonnateurs des OTMC, les médecins et autres prestataires de services effectuent un suivi des progrès de chaque client faisant l'objet d'OTMC pour déterminer si oui ou non les résultats tangibles et intangibles désirés sont obtenus.

7.3 Méthodes employées pour évaluer l'issue d'un traitement utilisé aux termes d'OTMC

7.3.1 Quels résultats sont mesurés chez les clients?

Le MSSLD recueille des données sur l'utilisation des services par les clients faisant l'objet d'OTMC durant les six mois précédant l'OTMC actuelle, sur les services utilisés dans le cadre de l'OTMC actuelle, sur les rapports d'un client faisant l'objet d'OTMC avec la justice dans les six mois précédant l'OTMC actuelle, sur la personne avec qui il vit et sur le type de logement dans lequel il habite. Ces facteurs peuvent influer sur les résultats d'un client.

Cependant, il n'existe aucune mesure systématique des résultats des traitements dispensés aux clients faisant l'objet d'OTMC, autres que le suivi par une équipe de soutien des progrès de la personne dans le cours normal de son traitement.

Quelques études locales ont tenté de mesurer les résultats chez les clients. Cependant, le nombre de sujets de chaque étude est trop petit pour tirer des conclusions s'appliquant à l'ensemble de l'Ontario. Ces études tendent à mesurer la satisfaction du client, de la famille et du fournisseur de soins, de même qu'à comparer des éléments comme les hospitalisations, les rapports avec la justice, le type de logement, le revenu, l'emploi, etc., avant et après la mise en œuvre de l'OTMC.

7.3.2 De quelle façon ces résultats sont-ils mesurés?

Comme nous l'avons mentionné à la section 7.3.1, grâce aux données qu'il recueille, le MSSLD a une vision des résultats des clients qui se limite aux services qu'ils ont reçus, à leurs rapports avec la justice et leurs conditions de logement.

En règle générale, les résultats chez les clients sont évalués sur une base individuelle par une collecte de données locale et sur une base collective par un examen des dossiers et à l'aide de questionnaires ou de sondages. Il n'existe pas de telle mesure à l'échelle de l'Ontario.

7.4 Mécanismes et efficacité des conseils en matière de droits

Il a toujours été obligatoire en Ontario de prodiguer des conseils en matière de droits aux patients des établissements psychiatriques habilités à présenter une requête à la Commission du consentement et de la capacité en raison de leur état de patient involontaire, d'une déclaration d'incapacité de prendre des décisions concernant leur traitement ou leurs finances ou de quelque autre décision de leur médecin traitant ouvrant droit au dépôt d'une requête devant la Commission. Les conseils en matière de droits sont considérés par beaucoup comme un élément essentiel du système de freins et de contrepoids nécessaire à la protection des droits civils dans le domaine des maladies mentales.

Les conseils en matière de droits débutent habituellement sous forme de processus d'information uniquement. Si le patient souhaite ensuite se présenter devant la Commission, le conseiller en matière de droits l'aidera à remplir la requête et à obtenir les services d'un avocat s'il le désire. Des conseils objectifs, neutres et sans idéologie ont toujours été considérés comme la marque d'un bon service. Il a toujours été considéré comme essentiel de clairement distinguer les conseils en matière de droits de la promotion des droits et des conseils juridiques.

D'un point de vue historique, les conseils en matière de droits ont été offerts de différentes façons. Jusqu'en 1995, ils étaient offerts dans les hôpitaux psychiatriques par des conseillers en matière de droits employés par le Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques (BIPEP) et à l'extérieur de ces établissements par des avocats de service de l'Aide juridique. Entre avril 1995 et mars 1996, l'ancienne Commission d'intervention offrait ces services. Depuis ce temps, le BIPEP et des conseillers en matière de droits formés par le BIPEP, mais engagés ou employés par les établissements psychiatriques, offrent les conseils en matière de droits. Au fil des années, le BIPEP a négocié des contrats avec la plupart des établissements de l'annexe 1 de la province pour offrir des conseils en matière de droits, même si quelques groupes de conseillers en matière de droits indépendants du BIPEP existent encore.

Comme nous l'avons mentionné auparavant, la préparation d'une OTMC comprend un certain nombre d'étapes. Les conseils en matière de droits doivent être fournis après la proposition du plan de traitement en milieu communautaire, mais avant sa signature. Une requête ne peut être déposée auprès de la Commission qu'une fois que l'OTMC a été prise. Les conseils en matière de droits doivent toujours être offerts au patient, même si ce dernier a le droit de refuser de rencontrer le conseiller en matière de droits. Les conseils doivent aussi être offerts au mandataire spécial, le cas échéant. Une personne qui refuse de recevoir des conseils en matière de droits n'est pas autorisée à agir à titre de mandataire spécial. Même si un faible pourcentage des conseils en matière de droits concernant les OTMC sont offerts par des conseillers indépendants du BIPEP, ce bureau offre presque tous les conseils en matière de droits concernant les OTMC dans les établissements psychiatriques et tous les conseils en la matière en milieu communautaire.

Les conseils en matière de droits sont généralement offerts en personne par des conseillers du BIPEP ou sous contrat avec le BIPEP. Les conseils sont offerts occasionnellement par téléphone aux mandataires spéciaux. Il semblerait que cette pratique soit motivée par des questions de ressource, de dotation en personnel et de logistique.

Le paragraphe 1 (1) de la *Loi sur la santé mentale* définit un conseiller en matière de droits de la façon suivante :

(1) « conseiller en matière de droits » Personne qui a les qualités requises pour remplir les fonctions de conseiller en matière de droits en vertu de la présente loi et qui est désignée par un établissement psychiatrique, le ministre ou les règlements pour remplir ces fonctions, ou membre d'une catégorie de personnes ayant ces qualités et ainsi désignées. Sont toutefois exclus de la présente définition :
a) quiconque participe à la fourniture directe de soins cliniques à la personne à laquelle les conseils en matière de droits doivent être donnés;
b) quiconque fournit un traitement ou fournit des soins et exerce une surveillance aux termes d'un plan de traitement en milieu communautaire.

Le paragraphe 1 (2) de la loi définit le mot « expliquer » dans le cadre des conseils en matière de droits de la façon suivante :

(2) Un conseiller en matière de droits ou une autre personne de qui la présente loi exige qu'il explique une question satisfait à cette exigence en expliquant la question de son mieux et de façon à tenir compte des besoins particuliers de la personne qui reçoit l'explication, que cette personne la comprenne ou non.

Le paragraphe 33.1 (4) de la loi se lit en partie comme suit :

(4) Le médecin peut prendre ou renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire en vertu du présent article si les conditions suivantes sont remplies :
[...]
e) sous réserve du paragraphe (5), le médecin est convaincu que la personne visée par l'ordonnance et son mandataire spécial, si elle en a un, ont consulté un conseiller en matière de droits et qu'ils ont été informés des droits que leur reconnaît la loi;

Le paragraphe 33.1 (5) se lit ainsi :

(5) L'alinéa (4) e) ne s'applique pas à la personne visée par l'ordonnance si elle-même refuse de consulter un conseiller en matière de droits et que ce dernier en informe le médecin.

Les règlements pris en application de la Loi contiennent les dispositions suivantes à l'égard des conseils en matière de droits concernant les ordonnances de traitement en milieu communautaire :

14. (1) Le ministre désigne une ou plusieurs personnes ou catégories de personnes pour qu'elles remplissent les fonctions de conseiller en matière de droits aux termes de la Loi dans chaque établissement psychiatrique désigné comme établissement aux termes de la *Loi sur les hôpitaux psychiatriques*. Il peut révoquer une telle désignation.
(2) L'établissement psychiatrique qui n'est pas un établissement visé par la *Loi sur les hôpitaux psychiatriques* désigne une ou plusieurs personnes ou catégories de personnes pour qu'elles remplissent dans l'établissement les fonctions de conseiller en matière de droits aux termes de la Loi.
(3) L'établissement psychiatrique qui prend la mesure prévue au paragraphe (2) peut désigner une ou plusieurs personnes ou catégories de personnes désignées par le ministre aux termes du paragraphe (1). En pareil cas, l'établissement informe aussitôt le ministre de la désignation.
(4) L'établissement psychiatrique peut révoquer la désignation faite en vertu du paragraphe (3).
(5) La désignation ou la révocation faite par un établissement psychiatrique est faite au nom de celui-ci par le dirigeant responsable.

14.1 Le ministre désigne une ou plusieurs personnes ou catégories de personnes pour qu'elles remplissent les fonctions de conseiller en matière de droits aux termes de la Loi à l'égard d'une personne pour laquelle on se propose de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire si cette personne n'est pas un malade d'un établissement psychiatrique. Il peut révoquer une telle désignation.

14.2 Seules les personnes qui satisfont aux exigences suivantes peuvent être désignées pour remplir les fonctions de conseiller en matière de droits aux termes de la Loi, que ce soit dans un établissement

psychiatrique ou à l'égard d'une personne pour laquelle on se propose de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire :

1. La personne doit être bien renseignée sur le droit de présenter une requête à la Commission que prévoient la Loi, la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.
2. La personne doit être bien renseignée sur le fonctionnement de la Commission et sur la façon de se mettre en rapport avec elle et de lui présenter des requêtes.
3. La personne doit être bien renseignée sur la façon d'obtenir des services juridiques.
4. La personne doit posséder les aptitudes à la communication nécessaires pour remplir efficacement les fonctions de conseiller en matière de droits aux termes de la Loi.
5. La personne doit avoir suivi avec succès un cours de formation destiné aux conseillers en matière de droits et approuvé par le ministre, et avoir été reconnue comme ayant suivi ce cours.

14.3 (1) Le médecin qui envisage de prendre ou de renouveler une ordonnance de traitement en milieu communautaire à l'égard d'une personne aux termes de l'article 33.1 de la Loi donne avis de son intention sur la formule approuvée à la personne, à son mandataire spécial, si elle en a un, et à un conseiller en matière de droits.

(2) Le conseiller en matière de droits qui reçoit l'avis prévu au paragraphe (1) prend promptement les mesures suivantes :

a) il donne des conseils en matière de droits à la personne, sauf refus de sa part;

b) il donne des conseils en matière de droits au mandataire spécial de la personne, si elle en a un.

(3) Le conseiller en matière de droits explique à la personne et à son mandataire spécial, si elle en a un, les exigences relatives à la prise ou au renouvellement d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, l'importance d'une telle ordonnance, y compris les obligations que la personne ou son mandataire spécial peuvent être tenus de respecter aux termes de l'ordonnance.

(4) Si le conseiller en matière de droits qui reçoit l'avis prévu au paragraphe (1) croit qu'il est dans l'intérêt véritable de la personne de recevoir des conseils en matière de droits d'un autre conseiller en matière de droits, il veille à ce qu'un deuxième conseiller fournisse de tels conseils.

(5) Si le conseiller en matière de droits fournit des conseils en matière de droits à la personne et à son mandataire spécial, si elle en a un, il en donne confirmation promptement au médecin sur la formule approuvée.

(6) Si la personne refuse de recevoir des conseils en matière de droits, le conseiller en matière de droits en donne confirmation promptement au médecin sur la formule approuvée.

16. (1) Le conseiller en matière de droits s'acquitte de l'obligation qu'il a, aux termes du présent règlement, d'expliquer une question à une personne s'il l'explique de son mieux en tenant compte des besoins particuliers de la personne, même si celle-ci ne comprend pas l'explication.

(2) Dans des circonstances autres que celles visées aux paragraphes 14.3 (5) et (6), le conseiller en matière de droits qui est tenu d'expliquer une question à une personne aux termes de la Loi donne confirmation qu'il a donné l'explication au médecin traitant ou au dirigeant responsable, selon le cas, sur la formule approuvée.

Le mécanisme de conseils en matière de droits semble très bien fonctionner. La plupart des patients, des mandataires spéciaux et des professionnels de la santé nous ont dit qu'ils étaient satisfaits du processus. Il semble y avoir une acceptation bien répandue du principe voulant que les conseils en matière de droits constituent un élément essentiel du processus des OTMC étant donné l'abrogation des droits personnels inhérente à la formulation d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire. Les conseillers en matière de droits sont généralement décrits comme étant professionnels et bien informés.

Certains problèmes ont cependant émergé au cours de nos consultations. Ces problèmes sont les suivants :

- Les coordonnateurs des OTMC nous ont dit que les mandataires spéciaux ne semblaient pas comprendre entièrement les conseils en matière de droits lorsqu'ils sont offerts au téléphone.
- Certains mandataires spéciaux ne collaborent pas entièrement au processus de conseils en matière de droits. Certains sont pressés, d'autres ne sont vraiment pas contents de recevoir des conseils en la matière, tandis que d'autres ont des demandes difficiles à respecter, comme des rendez-vous tard le soir pour recevoir ces conseils.
- Des conseils en matière de droits complets sont exigés pour le client et son mandataire spécial (s'il en a un) chaque fois qu'une OTMC est renouvelée. Un certain nombre de mandataires spéciaux ont exprimé un malaise à propos de la nécessité de reprendre le processus tous les six mois.

- Les agents du bureau de l'Unité des décisions relatives au traitement du Bureau du Tuteur et curateur public reçoivent des conseils en matière de droits chaque fois qu'ils agissent en tant que mandataires spéciaux dans le cadre d'une proposition de plan de traitement en milieu communautaire.
- Les conseils en matière de droits sont offerts au moment où les patients n'ont aucun droit d'appel devant la Commission du consentement et de la capacité, puisqu'ils n'obtiennent ce droit que plus tard dans le processus, une fois que l'OTMC a été prise. On nous a dit cependant que les conseillers en matière de droits donnent leurs coordonnées aux clients et qu'ils sont d'accord pour les rencontrer de nouveau.
- Certains coordonnateurs d'OTMC signalent que le processus est régulièrement retardé en raison du besoin d'attendre pendant de très longues périodes que les conseils en matière de droits soient offerts. Cependant, il semblerait que le BIPEP fasse de son mieux avec les ressources dont il dispose pour prodiguer des conseils en matière de droits aussi rapidement que possible.
- La politique du BIPEP empêche les conseillers en matière de droits de conseiller les médecins lorsqu'un patient présente une requête à la Commission du consentement et de la capacité. Le BIPEP croit qu'il revient à la Commission du consentement et de la capacité d'aviser le médecin de l'audience à venir. Cette pratique ne correspond cependant pas aux normes acceptées dans le monde juridique. En effet, elle cause des difficultés administratives, car elle fait en sorte que le médecin et l'hôpital ne sont informés de la tenue de l'audience que quelques jours avant celle-ci. Elle crée également beaucoup de ressentiment inutile chez les professionnels de la santé.
- Le processus de conseils en matière de droits du BIPEP va habituellement au-delà du simple processus d'information dicté par la loi et la tradition. Le bureau principal du BIPEP demande une copie du plan de traitement proposé avant que les conseils en matière de droits soient offerts. Il indique que cette façon de faire lui permet de se préparer avant d'offrir des conseils en matière de droits. Cependant, nous avons entendu des professionnels de la santé et aidants de la province nous dire que le BIPEP utilise le plan de traitement pour bien d'autres choses que la préparation des conseils en matière de droits. Le BIPEP intercède régulièrement directement auprès des hôpitaux lorsqu'il croit que le plan de traitement ne lui est pas acceptable. Le BIPEP nous a dit que cela ne se fait que par courtoisie et qu'il n'exerce aucune pression. Les hôpitaux nous ont dit cependant qu'ils ont souvent l'impression que le BIPEP a un droit de veto sur les plans de traitement. Bien que le problème semble avoir diminué au fil du temps, la pratique se poursuit. Selon nos renseignements, beaucoup de coordonnateurs des OTMC, se fiant à des commentaires précédents du BIPEP, évitent d'inclure certaines dispositions dans l'ébauche du plan de traitement parce qu'ils croient qu'elles ne conviennent pas ou qu'elles ne seront pas acceptées par le BIPEP. Nous n'avons trouvé aucun fondement législatif qui appuyait cette pratique du BIPEP.

7.5 Prévalence et efficacité des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux OTMC

Puisque les données de l'Ontario sur l'utilisation des autorisations de s'absenter sont contradictoires et incomplètes, nous n'avons pas été en mesure de dresser un portrait de leur utilisation. En outre, la documentation ne fournit aucun renseignement important à ce sujet. Plusieurs territoires de compétence utilisent les autorisations de s'absenter avec ou sans condition, mais nous ne connaissons aucune étude tirant des conclusions définitives après avoir comparé l'utilisation des autorisations de s'absenter à celle des OTMC.

En Ontario, avant les modifications de juin 2000, l'article 27 de la *Loi sur la santé mentale* se lisait comme suit :

> (1) Le dirigeant responsable peut, sur l'avis du médecin traitant, donner à un malade l'autorisation de s'absenter de l'établissement psychiatrique pendant une période déterminée d'au plus trois mois s'il est prévu que le malade y reviendra.
> (2) Le dirigeant responsable peut assortir cette autorisation des conditions qu'il peut fixer.
> (3) Le paragraphe (1) ne permet pas d'accorder à un malade l'autorisation de s'absenter d'un établissement psychiatrique s'il y est détenu autrement qu'en vertu de la présente loi.

L'article modifié se lit maintenant comme suit :

> (1) Le médecin traitant peut, sous réserve du paragraphe (3), donner à un malade l'autorisation de s'absenter de l'établissement psychiatrique pendant une période déterminée d'au plus trois mois s'il est prévu que le malade y reviendra.

(2) Le dirigeant responsable peut, sur l'avis du médecin traitant, donner à un malade l'autorisation de s'absenter de l'établissement psychiatrique pendant une période déterminée d'au plus trois mois.
(3) Le médecin traitant et le malade se conforment aux conditions de l'autorisation de s'absenter que le dirigeant responsable peut prescrire.
(4) Le présent article ne permet pas d'accorder à un malade l'autorisation de s'absenter d'un établissement psychiatrique s'il y est détenu autrement qu'en vertu de la présente loi.

Les modifications ont considérablement renforcé les dispositions relatives à l'autorisation de s'absenter de deux façons importantes. D'abord et avant tout, le retrait de l'exigence voulant que le patient revienne à l'établissement lorsque l'autorisation de s'absenter est accordée par le dirigeant responsable de l'établissement. Alors que l'utilisation des autorisations de s'absenter était auparavant limitée aux patients pour lesquels on prévoyait une nouvelle hospitalisation, elles sont maintenant offertes aux patients qui n'auront pas à revenir à l'établissement à la fin du congé. Rien ne semblerait donc empêcher l'utilisation d'une autorisation de s'absenter comme méthode de réintégration dans la communauté ou d'autorisations de s'absenter successives comme solution de rechange à l'OTMC.

Le deuxième changement important est le fait que les autorisations de s'absenter peuvent maintenant être accordées soit par le médecin, soit par le dirigeant responsable. Ce changement permet au médecin traitant de bénéficier d'une discrétion nettement accrue sans devoir faire intervenir le dirigeant responsable. Le médecin traitant ne peut toutefois accorder une autorisation de s'absenter que si le patient doit retourner à l'établissement. Il faut également noter que, même si le médecin traitant et le dirigeant responsable du dossier peuvent accorder une autorisation de s'absenter, seul ce dernier peut imposer des conditions à cette autorisation.

Bien que les autorisations de s'absenter puissent être utilisées pour un malade en cure volontaire, obligatoire ou facultative, elles sont exécutoires uniquement pour le malade en cure obligatoire ou facultative. Une autorisation de s'absenter touchant un patient de ces deux catégories peut inclure une disposition obligeant ce dernier à revenir immédiatement à l'établissement si l'une des conditions est enfreinte. Il semblerait qu'une telle condition permet d'avoir recours aux forces policières pour ramener un patient de la même façon que tout patient qui se trouve illégalement à l'extérieur de l'établissement.

Le fait d'accorder une autorisation de s'absenter à un patient n'entraîne pas la visite d'un conseiller en matière de droits et ne donne pas le droit au patient de présenter une requête à la Commission du consentement et de la capacité. Cependant, les malades en cure obligatoire ou facultative ont droit, en vertu de leur état, à des conseils en matière de droits et à une audience devant la Commission du consentement et de la capacité. Les malades en cure volontaire ne sont ni admissibles aux conseils en matière de droits, ni à une audience.

Contrairement à une OTMC, une autorisation de s'absenter n'exige pas de plan de traitement en milieu communautaire définissant le rôle des divers organismes et professionnels ni n'accorde un accès au coordonnateur des OTMC, une voie rapide en matière de gestion de cas ou un meilleur accès à d'autres services communautaires.

D'un point de vue historique, les autorisations de s'absenter ont été peu utilisées en Ontario. Elles servaient habituellement de laissez-passer de fin de semaine ou dans d'autres situations semblables, bien que, dans certains établissements, particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux, elles aient parfois servi pendant des périodes un peu plus longues à préparer un patient à recevoir son congé dans la collectivité ou à évaluer si un patient est apte à le recevoir. L'exigence voulant que le dirigeant responsable délivre l'autorisation de s'absenter était largement ignorée et les autorisations étaient généralement accordées par les médecins traitants.

Il semblerait que les modifications aient été conçues pour faciliter l'utilisation à plus grande échelle des autorisations de s'absenter dans la province. Si c'était bien là le but visé, il ne semble pas avoir été atteint. À une exception notoire près, nous avons trouvé très peu d'autorisations de s'absenter utilisées pour une autre raison que les laissez-passer de fin de semaine ou de congé férié. En fait, de nombreux médecins nous ont dit que leur utilisation avait diminué au fil des ans et que les modifications n'ont pas renversé la tendance. Sauf dans de très rares exceptions, les psychiatres, les administrateurs et les autres professionnels que nous avons rencontrés n'étaient pas au courant des modifications apportées aux dispositions concernant l'autorisation de s'absenter. En d'autres mots, il ne semble pas que les professionnels aient délibérément décidé de ne pas utiliser les dispositions modifiées, mais qu'ils ignoraient plutôt leur existence.

Outre l'ignorance, il existe trois facteurs qui nuisent grandement à l'utilisation potentielle des autorisations de s'absenter. La première est la perception qu'il faut réserver un lit pour un patient qui a quitté l'hôpital en vertu d'une autorisation de s'absenter. Bien qu'il ne soit pas très clair qu'il existe, en fait, une telle exigence, l'omniprésence de cette croyance est assez remarquable. Le deuxième facteur important est la croyance répandue que les personnes qui obtiennent une autorisation de s'absenter n'ont droit à aucun soutien du revenu en vertu du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH). Cette croyance persiste malgré le fait que la politique gouvernementale indique clairement qu'il ne faut pas refuser l'accès au POSPH aux patients qui se trouvent dans la collectivité à la suite d'une autorisation de s'absenter en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Le troisième facteur est la croyance de certains professionnels que l'utilisation d'une autorisation de s'absenter pourrait entraîner une responsabilité légale accrue.

Il convient de noter que nous avons pu trouver un établissement psychiatrique où les autorisations de s'absenter étaient utilisées pour des périodes autres que les congés fériés et les fins de semaine. Les membres du service de psychiatrie de l'Hôpital Mount Sinai de Toronto continuent d'utiliser occasionnellement les autorisations de s'absenter et les trouvent très utiles. Cependant, ils hésitent à les utiliser de façon régulière, étant donné qu'ils croient que les autorisations de s'absenter accordent une moins bonne protection des droits que les ordonnances de traitement en milieu communautaire.

8.0 Conclusions et recommandations

8.1 Conclusions sur les pratiques exemplaires

D'après tout ce que nous avons entendu et lu, nous sommes d'avis que les dispositions prévues dans la loi relativement aux OTMC sont optimales :

- lorsque les médecins et autres professionnels acceptent d'avoir recours aux OTMC, mais uniquement après avoir envisagé les autres options appropriées;
- lorsque les clients et les mandataires spéciaux sont consultés et participent à la formulation et à l'exécution des plans et des ordonnances de traitement en milieu communautaire;
- lorsqu'il y a un continuum de soins coordonné auquel participent les hôpitaux ainsi que les professionnels et les ressources de la collectivité.

À la lumière de ce qui précède, le projet a relevé trois emplacements qui, selon nous, devraient être reconnus comme mettant en œuvre des pratiques exemplaires. Il s'agit de Chatham, de Sault Sainte. Marie et de la péninsule du Niagara. Notre description de chaque programme repose sur l'information fournie par les professionnels de ces collectivités.

Chatham

Chatham s'est révélée être un emplacement se servant de pratiques exemplaires même si aucune OTMC n'est délivrée dans cette région. Nous avons appris que les divers fournisseurs de services communautaires de santé mentale entretiennent des communications constantes et travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de l'hôpital local. Un bénéficiaire de soins de santé mentale dans la collectivité reçoit généralement les services de divers professionnels et divers organismes qui travaillent en équipe. Si ces professionnels sont d'avis qu'une hospitalisation est recommandée, ils communiquent avec l'hôpital et prennent les dispositions nécessaires directement auprès de l'unité en question.

Lorsque le client est admis à l'hôpital, le processus de planification de la mise en congé est enclenché. Ce processus met à contribution les fournisseurs de services de la collectivité ainsi que le personnel de l'hôpital. Ces professionnels collaborent entre eux et avec le client en vue de prévoir son retour dans la collectivité en mettant en place tous les services appropriés. Les membres de la direction du service de psychiatrie de l'hôpital et les dirigeants des divers organismes communautaires se rencontrent régulièrement pour s'assurer que les services sont dispensés de manière optimale et pour entretenir leurs relations.

Les professionnels de Chatham que nous avons rencontrés nous ont affirmé que, selon eux, le recours aux OTMC dans leur région serait redondant puisque la planification, la responsabilisation et la continuité des soins que les OTMC favorisent sont réalisées sans les formalités ou les restrictions légales qu'imposent au client les ordonnances de traitement en milieu communautaire.

Sault Ste. Marie et péninsule du Niagara

Sault Ste. Marie a établi des partenariats de longue date en matière de santé grâce auxquels l'hôpital et de nombreux services communautaires se réunissent autour de la même table. Cette culture locale unique a servi de fondement aux types de partenariats qui se sont révélés essentiels à la réussite du programme d'OTMC. Le chef des services de psychiatrie et son équipe ont tiré parti de ces antécédents pour établir d'étroites relations de travail avec divers organismes communautaires dans le but de créer un réseau de services qui assure la continuité des soins de l'hôpital à la collectivité et, au besoin, de la collectivité à l'hôpital. Les partenaires de la collectivité participent au processus de planification de la mise en congé et le coordonnateur des OTMC ainsi que le responsable de cas travaillent en étroite collaboration avec ces partenaires.

La péninsule du Niagara, comme la plupart des autres régions de la province, n'a pas de tels antécédents. En fait, le Niagara Health System, fournisseur local des services hospitaliers de santé mentale, est un récent amalgame de trois hôpitaux à l'histoire et aux cultures bien différentes. Ces hôpitaux et les organismes de la collectivité n'ont pas toujours entretenu des relations étroites. La gestionnaire des services de santé mentale à l'époque où ont été introduites les OTMC croyait qu'elles avaient un rôle vital à jouer et qu'elles ne pouvaient le jouer sans qu'on

établisse des liens étroits avec la collectivité. Par conséquent, elle a cherché à créer des partenariats et, grâce à la collaboration de membres de l'hôpital et de la collectivité partageant ses idées, elle a réussi à surmonter les résistances et à forger une relation de travail favorable. Les organismes communautaires, qui font maintenant partie intégrante du processus de planification de la mise en congé, assument un rôle clé dans l'appui des clients faisant l'objet d'OTMC dans la collectivité en leur offrant un logement et autres services nécessaires.

À Sault Ste. Marie et au Niagara, la collectivité et l'hôpital collaborent désormais pour identifier les personnes qui répondent aux critères des OTMC, les accompagner durant les premières étapes et, par la suite, leur offrir le niveau d'aide requis dans la collectivité. Dans les deux cas, on a recours aux OTMC uniquement après avoir envisagé toutes les options appropriées. Dans les deux collectivités, les clients et leur famille expriment un niveau élevé de satisfaction à l'égard du programme et on nous a dit que les taux de réadmission et d'hospitalisation semblaient avoir chuté de façon importante. De plus, les relations entre les professionnels de la santé mentale en milieu hospitalier et ceux qui appuient les bénéficiaires de services de santé mentale dans la collectivité, tant à Sault Ste. Marie qu'au Niagara, se sont consolidées considérablement à la suite des initiatives visant à appuyer le programme des OTMC.

8.2 Le défi et le dilemme

On nous a demandé de repondre à cinq questions et de formuler des recommandations liées clairement à nos principales constatations ainsi que de relever les occasions d'améliorer tant les OTMC que le prochain examen du programme prévu par la loi. Deux des questions portent sur les raisons justifiant le recours ou non aux OTMC et sur leur efficacité. Les réponses à ces questions forment la clé de la formulation de nos recommandations en ce qui concerne la façon d'améliorer le prochain examen ainsi que les OTMC.

Partout dans la province, on nous a dit à plusieurs reprises que les ordonnances de traitement en milieu communautaire avaient profondément changé, voire même sauvé des vies. Toutefois, les facteurs ou la combinaison de facteurs ayant conduit à ce succès apparent sont encore passablement ambigus. Il est difficile de savoir si la clé repose sur l'ordonnance elle-même et l'autorité légale sur le patient qu'elle sous-entend, les services et l'équipe de traitement qu'elle rassemble fréquemment pour appuyer le patient ou sur une combinaison de ces facteurs.

Nous avons tôt fait de réaliser que bon nombre des bienfaits des OTMC proviennent de la façon dont elles rassemblent divers professionnels, de la responsabilisation professionnelle qu'elles engendrent et des changements qu'elles suscitent dans le comportement professionnel. Parmi les autres facteurs critiques, mentionnons la présence du coordonnateur, la création d'un cadre de travail qui réunit l'hôpital et les fournisseurs de services communautaires de manière systématique et la disponibilité de certaines ressources qui, autrement, n'auraient pas été accessibles au client.

Malgré les réussites évidentes que nous avons constatées, il est apparu clairement que les OTMC sont parfois mises en place et maintenues de manière, semble-t-il, à contourner les protections juridiques et procédurales prévues dans la loi. Nous avons remarqué que, même si les protections semblent avoir été conçues pour assurer la conformité aux principes fondamentaux juridiques, à ceux de la Charte ainsi qu'aux normes reconnues à l'échelle internationale auxquelles le Canada souscrit, le résultat est souvent différent.

Nous avons rencontré des clients qui sont sortis du gouffre grâce à une OTMC. Nous en avons toutefois rencontré d'autres qui ont ressenti un immense sentiment de violation et de manque de respect en raison de la façon dont ils ont été traités alors qu'ils faisaient l'objet d'OTMC.

Nous avons discuté avec des clients faisant l'objet d'OTMC, dont certains ont été déclarés légalement incapables de prendre des décisions à l'égard de leur traitement, qui ont eu l'impression de faire partie intégrante de l'équipe de planification et de formulation du plan de traitement en milieu communautaire. Ils se sont sentis engagés envers le plan et ont eu l'impression de maîtriser leur sort. Nous avons toutefois rencontré d'autres clients faisant l'objet d'OTMC qui nous ont dit ne pas avoir été consultés ou engagés dans la formulation de leur plan.

Nous avons discuté avec des mandataires spéciaux auxquels de véritables choix avaient été présentés et qui avaient été écoutés durant la formulation du plan de traitement en milieu communautaire. On nous a dit par contre que, dans d'autres cas, les mandataires spéciaux n'ont reçu que des ententes types et qu'ils avaient eu l'impression que leurs seules options étaient de signer ou de ne pas signer.

Nous avons rencontré des médecins dont l'idéalisme et l'engagement envers leurs patients étaient inspirants. Nous avons cependant compris très rapidement qu'il existait une minorité de psychiatres guidés, en grande partie, par des facteurs moins altruistes dans le choix des méthodes de traitement de leurs patients.

Notre défi a été de soumettre des recommandations qui, si elles sont mises en œuvre :

- rehausseront les bienfaits des OTMC;
- régleront les problèmes évidents en suggérant des freins et des contrepoids visant à promouvoir le recours efficace, mesuré et judicieux aux OTMC dans les circonstances appropriées;
- décourageront le recours aux OTMC lorsque la situation ne s'y prête pas.

Deux de nos objectifs dans le cadre de ce rapport sont de recommander des façons d'améliorer le recours aux OTMC dans les cas où elles sont indiquées et de favoriser des politiques susceptibles d'en réduire la nécessité dans les cas où leur pertinence est douteuse ou lorsque des solutions tout aussi efficaces, mais moins restrictives, sont offertes.

Compte tenu de l'expérience acquise dans le cadre de cette étude et de la rareté de données scientifiques concluantes sur l'utilisation et les conséquences des OTMC dans la province, nous avons également formulé des recommandations relatives à la structure du prochain examen prévu par la loi et au travail de base nécessaire d'ici là.

Nous croyons qu'il ne suffit pas de s'attarder aux ordonnances de traitement en milieu communautaire sans commenter le contexte général dans lequel elles existent. Les OTMC sont conçues pour faciliter le retour au sein de la collectivité des personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante. Toutefois, la meilleure législation au monde ne peut y arriver :

- sans que ces personnes ne soient acceptées comme des citoyens productifs à part entière qui méritent notre aide et notre respect;
- sans que ces personnes ne reçoivent une aide en matière de logement et autre soutien nécessaire pour vivre en société;
- sans que ces personnes ne reçoivent un soutien pour trouver un emploi rémunérateur et des façons d'atteindre un niveau élevé d'autonomie et de maîtrise de leur propre vie;
- à moins que le stigmate de la maladie mentale ne devienne chose du passé.

Compte tenu des réalités énoncées précédemment, nous avons fait face à un dilemme. Les contrôles juridiques inhérents des OTMC empiètent, de par leur nature, sur des aspects de l'autonomie du client que la plupart des membres de la société tiennent pour acquis. Il s'ensuit que le recours à ces contrôles peut uniquement se justifier :

- s'ils sont essentiels au succès de l'OTMC;
- si l'OTMC a de bonnes chances d'être efficace;
- s'il n'y a aucune solution de rechange raisonnable autre que l'hospitalisation.

Nous en avons conclu que la voie appropriée à suivre est de recommander une recherche qui, selon nous, doit être entreprise immédiatement afin que le gouvernement puisse prendre des décisions fondées sur des données scientifiques valides.

Nos recommandations se divisent en cinq volets comme suit :

1. changements administratifs et réglementaires visant à améliorer le fonctionnement des OTMC qu'il pourrait être possible de mettre en œuvre à court terme dans l'attente des résultats de la recherche;
2. recherche sur la nécessité et l'efficacité de l'aspect juridique des OTMC;
3. changements législatifs qui pourraient être promulgués une fois les résultats de la recherche connus;
4. changements relatifs aux conseils en matière de droits et aux autorisations de s'absenter;
5. recommandations sur le prochain examen prévu par la loi et travaux à entreprendre afin de s'y préparer.

8.3 Recommandations

8.3.1 Changements administratifs et réglementaires proposés pour améliorer les OTMC

Notre recherche a permis de conclure que de nombreux changements s'imposent afin d'améliorer considérablement le programme d'OTMC et les résultats. Certains de ces changements semblent exiger des modifications à la Loi tandis que d'autres pourraient être réalisés par le biais de mesures administratives ou de modifications aux règlements.

Nous avons inclus dans la présente section uniquement les changements dont la mise en œuvre est possible par voie de modifications administratives ou réglementaires. Nous avons procédé ainsi à la lumière du fait que les résultats de la recherche recommandée dicteront probablement les modifications législatives requises et qu'il est peu probable qu'il y ait deux vagues de modifications législatives. Les recommandations relatives aux questions qui exigent des modifications législatives sont décrites à la section 8.3.3.

En formulant les énoncés ci-dessus, nous avons tenté de nous limiter aux recommandations liées directement aux OTMC. Nous sommes toutefois pleinement conscients que les OTMC ne peuvent promouvoir le bien-être et la réintégration dans la collectivité sans que les besoins suivants soient comblés :

- niveaux adéquats de services de logement, d'emploi, de soutien du revenu et autres services nécessaires pour les personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante, répartis de façon appropriée dans la province;
- comités multisectoriels de liaison et de planification aux niveaux provincial, régional et local pour concentrer les efforts des secteurs de la justice, des services sociaux, de l'éducation, du logement et de la santé mentale;
- soutien aux programmes tels que des haltes-accueil pour les bénéficiaires, les services de conseils et les initiatives destinées à ces derniers (comme des entreprises exploitées par des clients survivants) à l'échelle de la province pour favoriser le bien-être, l'autonomie, la responsabilisation et un sentiment d'accomplissement et d'estime de soi;
- planification, élaboration, supervision et financement d'un continuum de soins pour les personnes atteintes de maladie mentale grave, ralliant les services aux malades hospitalisés et les services communautaires conformément à l'ensemble des plans régionaux.

Nos recommandations portant sur les modifications administratives et réglementaires suivent.

Il est tout à fait évident que les OTMC conviennent à certains clients et non à d'autres, soit parce que d'autres services moins interventionnistes seraient tout aussi sinon plus efficaces ou parce que l'OTMC ne peut répondre adéquatement aux besoins du client. Notre examen a clairement relevé des problèmes fondamentaux liés à l'utilisation des OTMC et à la mise en œuvre des ressources venant appuyer les plans de traitement en milieu communautaire dans le cadre d'une OTMC :

- Dans certaines régions de l'Ontario, en raison d'une pénurie de services communautaires de santé mentale, les médecins prennent des OTMC pour permettre aux personnes qui en font l'objet de bénéficier des services communautaires dont elles ont besoin. Il s'agit de personnes qui autrement recevraient des services dans la collectivité sans OTMC si ces derniers leur étaient accessibles. Par conséquent, les clients sont contraints à renoncer à une partie de leur autonomie. Cela dénature en outre l'utilisation de services qui ont été en place précisément pour appuyer les clients qui nécessitent les contraintes d'une OTMC pour pouvoir demeurer dans la collectivité.

- Dans certaines régions de l'Ontario, les clients faisant l'objet d'OTMC risquent de voir leur soutien interrompu ou radicalement modifié au terme de l'OTMC. C'est le cas, par exemple, lorsque certains organismes sont financés uniquement pour appuyer les clients qui font l'objet d'OTMC ou que l'équipe locale de traitement en milieu communautaire dynamique ou les autres programmes communautaires de santé mentale ont des listes d'attente de nouveaux clients – y compris des clients ayant fait l'objet d'OTMC. Cette situation entraîne une prolongation du va-et-vient entre la collectivité et l'hôpital plutôt que son abolition.

Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Le MSSLD devrait passer en revue le processus décisionnel de répartition des ressources en matière de services communautaires de santé mentale et y apporter les modifications nécessaires pour s'assurer que ces décisions n'influent pas sur le choix que feront les psychiatres et autres professionnels de la santé quant aux méthodes de traitement offertes au client qui a besoin de services communautaires de santé mentale.

Recommandation 2

Le MSSLD devrait étudier des stratégies visant à assurer la continuité des soins aux clients lorsque se termine l'OTMC. Sous réserve de circonstances exceptionnelles, les objectifs devraient être d'éviter le transfert vers des travailleurs ou des organismes différents et, plus précisément, d'éviter une interruption de service en raison de l'existence de listes d'attente.

Nous avons entendu dire à maintes reprises durant nos déplacements que les pressions relatives à la durée des séjours entravent la capacité du personnel hospitalier de favoriser le retour à la santé du patient comme élément de base au succès de l'OTMC. On nous a dit que les pratiques actuelles décourageaient activement les séjours dépassant la période minimale et favorisaient les courts séjours répétés rendus nécessaires du fait que les patients reçoivent leur congé avant d'atteindre un état satisfaisant de bien-être. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 3

Le MSSLD devrait étudier la possibilité de préciser les politiques du ministère et en assurer le suivi pour éviter qu'elles encouragent par inadvertance la mise en congé des candidats aux OTMC avant que le travail de base garant de la réussite de l'OTMC ne soit en place. On pourrait penser, par exemple, à remplacer les mesures de la durée du séjour par le total des jours d'hospitalisation sur une période de un ou deux ans dans le cas de personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

La paperasse requise pour instituer et maintenir en vigueur une OTMC est inutilement compliquée et parfois difficile à comprendre. Les formules prescrites par la loi ne sont pas propices à un processus simple d'approbation et un flot d'information logique entre les parties qui assument des responsabilités en vertu d'une OTMC et du plan de traitement en milieu communautaire connexe. En outre, en plus de tenir leurs propres dossiers sur les clients faisant l'objet d'OTMC, les médecins et autres fournisseurs de soins de santé sont tenus de déposer une variété de rapports de données auprès de différentes sections du ministère – il semble que ces données n'aient été utilisées à aucune fin de valeur ajoutée. Par conséquent :

- les médecins ont perdu inutilement du temps précieux à remplir les formules;
- certains médecins ont été dissuadés de recourir aux OTMC alors qu'elles étaient indiquées;
- les séjours de certains patients se sont prolongés en engendrant des frais et des inconvénients importants.

Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 4

Les experts du MSSLD en conception de processus juridiques et de santé mentale, de même que les experts en conception de formules, devraient être affectés à la reformulation des formules, des rapports de données et des exigences d'acheminement des documents relatifs aux OTMC dans le but de simplifier le processus et d'éliminer ou de combiner des formules. Ce processus ne doit toutefois pas tenter de supprimer les étapes nécessaires à la formulation du plan de traitement en milieu communautaire, à la prestation de conseils en matière de droits, au consentement au plan et à la prise d'une ordonnance.

Les coordonnateurs des OTMC à l'échelle de la province se sont avérés une ressource indispensable à toutes les étapes du processus des OTMC. Ils informent, coordonnent et facilitent le processus. Ils offrent une aide essentielle aux médecins et assurent un lien primordial entre les clients, leur famille, les hôpitaux et les organismes communautaires. Nombre d'entre eux ont acquis une très grande expertise d'ordre clinique et juridique en matière d'OTMC.

Nous croyons toutefois que des changements s'imposent afin que les coordonnateurs puissent réaliser leur potentiel en matière d'assurance de la qualité, d'uniformité et de conformité, qu'ils puissent promouvoir les pratiques exemplaires à l'échelle de la province et qu'ils puissent recevoir l'appui dont ils ont besoin pour faire leur travail.

Nous sommes d'avis que les coordonnateurs des OTMC devraient travailler dans les hôpitaux, mais en étant à l'emploi d'un organisme communautaire approprié. Cette mesure leur permettrait de remplir un rôle d'assurance de la qualité sans lien de dépendance, d'œuvrer à titre de ressource communautaire et d'effectuer leur travail dans une perspective communautaire élargie.

Les coordonnateurs devraient être tenus d'accomplir les tâches d'examen prévues à l'alinéa 81 (1) g.2) de la *Loi sur la santé mentale* pour effectuer l'assurance de la qualité nécessaire. Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 5

Le MSSLD devrait établir et financer une fonction de facilitation pour les coordonnateurs des OTMC qui permettrait :

- **d'assurer leur formation continue;**
- **de définir des pratiques exemplaires et d'en faire la promotion;**
- **de recueillir des données fiables sur les OTMC relatives à leur utilisation et à leur efficacité;**
- **de prévoir des conseils juridiques et des directives sommaires pour les coordonnateurs;**
- **de définir le rôle et les compétences des coordonnateurs.**

Recommandation 6

Le MSSLD devrait exiger que tous les coordonnateurs des OMTC aient leur bureau dans un établissement de l'annexe 1, mais qu'ils soient embauchés par un organisme communautaire autre qu'un hôpital duquel ils relèveraient.

Recommandation 7

Le MSSLD devrait confier aux coordonnateurs des OTMC un rôle accru en matière d'assurance de la qualité. Il faudrait envisager de les désigner en vertu des règlements comme étant des personnes habilitées à examiner les documents relatifs aux ordonnances de traitement en milieu communautaire afin d'en assurer la conformité à la Loi. On pourrait leur confier les tâches supplémentaires de vérifier et de consigner au vu de l'OTMC :

- **si le consentement était éclairé et volontaire;**
- **si l'un des objectifs principaux de l'OTMC était d'obtenir des services pour le client;**
- **si des solutions moins restrictives ont été envisagées pour le client;**
- **si le client et le mandataire spécial (le cas échéant) ont participé à l'élaboration du plan de traitement en milieu communautaire;**
- **si le plan de traitement en milieu communautaire comprend des initiatives visant à favoriser le bien-être comme l'emploi, un logement acceptable, la participation aux initiatives destinées aux personnes atteintes de maladie mentale, etc.;**
- **si un plan de continuité des services a été prévu au terme de l'OTMC.**

Recommandation 8

Le MSSLD devrait songer à nommer un petit nombre de coordonnateurs des OTMC autochtones, dont un dans le Nord-Ouest de l'Ontario et les autres dans des régions déterminées de la province. Ces coordonnateurs devraient travailler en collaboration avec les coordonnateurs déjà en poste.

Sous réserve de quelques exceptions notables, les OTMC n'ont pas été efficaces dans les régions rurales de l'Ontario. Les réussites se sont produites dans des régions où il y a eu un effort concerté de la part d'un important service de santé mentale urbain pour appuyer les fournisseurs de services en milieu rural. Compte tenu de la pénurie de médecins dans ces régions de l'Ontario, on a également suggéré que les infirmières praticiennes et les infirmiers

praticiens pourraient jouer un rôle clé dans l'introduction des OTMC dans ces régions. Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 9

Le MSSLD devrait mandater, faciliter et encourager certains organismes de services de santé mentale à fournir un soutien aux services de santé mentale en milieu rural s'occupant de clients qui font l'objet d'OTMC au moyen d'un programme de mentorat direct et de la technologie.

Recommandation 10

Le MSSLD devrait envisager le financement de postes d'infirmières praticiennes et d'infirmiers praticiens spécialisés en santé mentale pour appuyer les clients faisant l'objet d'OTMC dans les régions rurales et éloignées.

L'emploi ou le bénévolat sont une partie essentielle de la réadaptation et du bien-être et un indicateur clé du succès d'une OTMC. De nombreux postes exigent que la police confirme que la personne n'a pas de casier judiciaire. Dans de nombreuses parties de la province, ces rapports comprennent régulièrement de l'information qui n'est pas exigée sur les relations non criminelles liées à la santé mentale de la personne. Cette pratique crée des obstacles inutiles à l'emploi ou au placement bénévole de personnes qui doivent déjà se battre pour réintégrer la collectivité. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 11

Le MSSLD, en collaboration avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, devrait prendre les mesures nécessaires pour encourager les services de police à mettre fin à la pratique de divulgation régulière d'interactions avec des personnes en vertu de la *Loi sur la santé mentale* lorsqu'ils doivent confirmer l'absence de casier judiciaire.

Les services de police, les tribunaux, les prisons et les bureaux de libération conditionnelle de la province sont inondés de personnes qui souffrent de maladies mentales graves et persistantes. L'expérience, dans au moins une partie de la province, a démontré l'utilité des OTMC dans le cadre d'une stratégie de déjudiciarisation réussie. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 12

Le MSSLD, en collaboration avec le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels et le ministère du Procureur général, devrait étudier la possibilité et l'opportunité d'avoir recours aux OTMC dans le cadre d'une stratégie de réorientation des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes de l'appareil judiciaire vers le système de santé.

Beaucoup de membres de familles et autres personnes soignantes se sentent privés de leurs droits et impuissants dans le système actuel. Nombreux sont ceux qui ont de la difficulté à intervenir en faveur de leur proche ou à accéder aux services dont il ou elle aurait besoin, selon eux. Actuellement, aucun établissement n'offre ce service à l'échelle de la province. La création d'un modeste service chargé de fournir des conseils sommaires et des services de base de défense des droits contribuerait considérablement à équilibrer la situation. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 13

Le MSSLD devrait mettre sur pied et financer un service de défense des droits des familles et des personnes soignantes pour intercéder en leur faveur et offrir des conseils juridiques aux membres des familles, aux mandataires spéciaux et autres personnes soignantes officieuses des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes.

Les nombreuses préoccupations dont nous avons entendu parler à l'égard de la Commission du consentement et de la capacité et de son fonctionnement ont un effet négatif considérable sur le comportement des médecins envers les

OTMC. Même si on a pu constater un progrès important au cours de la dernière année, il reste encore beaucoup de travail à faire. Il faut prendre des mesures pour s'assurer que l'examen juridique, à toutes les étapes, est davantage significatif, orienté, professionnel et respectueux de toutes les parties concernées. Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 14

La Commission du consentement et de la capacité devrait prendre des mesures pour :

- **s'assurer que les audiences sont fixées et que les parties en sont avisées dans les deux jours ouvrables suivant la réception des requêtes;**
- **encourager la conformité aux règles de common law et aux directives existantes des tribunaux relativement aux limites en matière de nouvelle audience portant sur des affaires déjà décidées et la dépendance excessive sur les questions d'ordre technique et procédural;**
- **offrir un programme de formation complet initial et continu aux membres de la Commission, y compris, mais sans s'y limiter, la formation en matière de droit administratif, de contrôle des instances et de questions relatives aux parties non représentées.**

Recommandation 15

Le MSSLD devrait :

- **s'assurer que le processus de nomination et de renouvellement du mandat des membres de la Commission du consentement et de la capacité entraîne un processus décisionnel cohérent et de haute qualité en matière d'OTMC et d'affaires connexes;**
- **étudier la possibilité de mettre sur pied un mécanisme adéquatement financé pour offrir aux médecins :**
  - **des conseils juridiques sommaires au téléphone sur demande;**
  - **une représentation juridique devant la Commission du consentement et de la capacité dans les cas où cela s'impose;**
  - **une représentation juridique assurée dans le cadre des décisions de la Commission du consentement et de la capacité portées en appel relativement aux OTMC.**

Les agents de police jouent un rôle important dans l'application des OTMC. Malheureusement, beaucoup d'entre eux hésitent à participer au processus en raison de leur expérience de longues attentes avec les patients dans les services d'urgence avant que l'hôpital ne les prenne en charge. Même si les modifications apportées à la Loi en 2000 visaient à résoudre cette question, le problème demeure et continue de nuire aux bonnes relations entre les services de police et les hôpitaux. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 16

Le MSSLD devrait envisager un programme d'information pour s'assurer que les agents de police et les responsables des hôpitaux connaissent les dispositions de la loi et de la réglementation relatives à la prise en charge par les hôpitaux.

Recommandation 17

Les représentants locaux du MSSLD devraient encourager les hôpitaux à prendre des mesures pour réduire le temps d'attente des policiers.

Recommandation 18

Le MSSLD devrait envisager de permettre aux services de police de facturer aux hôpitaux le taux horaire des services privés pour toutes les heures d'attente dépassant une période déterminée.

Les parties intéressées à l'échelle de la province nous ont affirmé que le manque d'information et de formation juridique et clinique fiable et continue nuisait considérablement à leur capacité de comprendre et de mettre en pratique adéquatement la législation, de mettre en œuvre le programme et de comprendre leurs droits et leur rôle. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 19

Le MSSLD devrait envisager de mettre sur pied ou de financer :

- **un programme permanent d'information continue et de formation juridique pour les fournisseurs, les bénéficiaires, les familles et le public à l'échelle de la province relativement aux OTMC et autres questions juridiques connexes en matière de santé à l'aide de présentations en milieu de travail, de publications et des technologies appropriées;**
- **un programme mettant à contribution les psychiatres ayant des compétences pédagogiques supérieures et une expertise en matière d'OTMC et de solutions de rechange à celles-ci pour promouvoir les pratiques exemplaires et fournir de la formation à leurs collègues de la province.**

8.3.2 Recherche proposée sur la nécessité et l'efficacité de l'aspect juridique des OTMC

Les OTMC ont fait leur apparition en Ontario à la suite du meurtre en 1995 de Brian Smith, commentateur sportif de la télévision d'Ottawa, par une personne jugée par la suite non criminellement responsable du décès de M. Smith pour des raisons de maladie mentale. Si ce geste a conduit à la promulgation des modifications législatives qui ont donné naissance aux OTMC, un nombre négligeable de clients faisant l'objet d'OTMC ont effectivement des démêlés avec l'appareil de justice pénale (voir le tableau 17 : Clients faisant l'objet d'OTMC qui ont eu des rapports avec la justice au cours des six mois qui ont précédé la présente OTMC). Par conséquent, pour la presque totalité des clients faisant l'objet d'OTMC, il s'agit d'un moyen de leur permettre de demeurer dans la collectivité plutôt que dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1 et non pas d'un moyen de contrôler un comportement criminel.

Il est clair que les clients faisant l'objet d'OTMC ont, dans l'ensemble, profité grandement du programme d'OTMC. Ce qui est moins clair toutefois, c'est dans quelle mesure ce succès, le cas échéant, est attribuable aux restrictions légales que comporte une OTMC, plutôt qu'à des raisons programmatiques, organisationnelles et fiscales.

L'expérience de Chatham nous a révélé qu'il est possible d'offrir des services satisfaisants à des clients potentiels sans prendre d'OTMC. Une étude plus approfondie est requise pour déterminer si cela est attribuable à la clientèle, à la façon dont les soins sont dispensés ou à d'autres facteurs. Nous savons toutefois que, d'après l'expérience de Chatham, de la péninsule du Niagara et de Sault Ste. Marie, la volonté de collaboration entre les professionnels de la santé et autres fournisseurs de services et entre les hôpitaux et les organismes communautaires de santé mentale et autres organismes locaux, est un facteur de succès essentiel si l'on veut atteindre un niveau de satisfaction élevé à l'égard des OTMC et des plans de traitement de rechange (voir la section 8.1 Conclusions sur les pratiques exemplaires). Compte tenu des dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés et des normes reconnues à l'échelle internationale auxquelles le Canada souscrit, il est difficile de justifier la diminution de l'autonomie des patients inhérente à une OTMC sans comprendre clairement le rôle des restrictions légales dans le succès d'une OTMC.

Notre étude documentaire ne nous a pas permis de trouver de recherches convaincantes à cet égard (voir la section 3.3 Éléments de preuve des essais cliniques) et il semble qu'il y ait un consensus général à l'effet qu'il faille entreprendre une recherche plus spécifique.

Par conséquent, il est essentiel de savoir s'il existe une valeur ajoutée importante qui permet de justifier la nature légalement interventionniste des OTMC et de savoir avec quels patients elles sont susceptibles d'être efficaces. Nous sommes d'avis qu'il n'existe aucune justification à la poursuite à long terme du programme dans sa forme actuelle sans cette information. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 20

Le MSSLD devrait assurer le suivi des conclusions de la recherche nationale et internationale et commander une recherche scientifique rigoureuse en Ontario portant sur :

- **l'importance de l'aspect juridique des OTMC ou l'absence d'importance à cet égard;**
- **la définition du profil des personnes susceptibles de bénéficier ou non de l'aspect juridique des OTMC.**

8.3.3 Changements législatifs proposés à prendre en compte au moment de modifier la *Loi sur la santé mentale*

Modifications subséquentes à la recherche proposée

Lorsque la recherche recommandée à la section 8.2.2 sera terminée, il pourrait s'avérer opportun de considérer des modifications à la *Loi sur la santé mentale* en fonction des conclusions. La recherche pourrait indiquer qu'il est souhaitable d'élargir ou de restreindre le groupe que ciblent les OTMC, de maintenir le statu quo ou d'éliminer de la Loi les dispositions d'application.

Autres modifications

Nous croyons qu'un certain nombre de modifications pourraient être apportées à la Loi pour améliorer le programme. Toutefois, nous reconnaissons qu'il n'est pas pratique de rouvrir la Loi plus d'une fois. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 21

Le MSSLD devrait retarder le dépôt des recommandations visant à modifier la Loi jusqu'à la conclusion de la recherche, pour les déposer au même moment que toute autre modification découlant de la recherche. Si l'on décide de ne pas effectuer de recherche, ces modifications devraient être présentées le plus tôt possible à l'Assemblée législative.

Comme pour tous les traitements très interventionnistes, il importe que les OTMC ne soient utilisées qu'en cas de succès probable et lorsque d'autres traitements efficaces mais moins interventionnistes ont été considérés et écartés. C'est le client qui en subit les contrecoups sur le plan de la perte d'autonomie et parfois d'atteinte à sa dignité, lorsqu'il fait l'objet d'une OTMC. L'ajout de ce principe à la Loi favorisera une prise de conscience visant à établir un juste équilibre entre les coûts humains et les avantages et aidera à harmoniser davantage la législation avec les bonnes pratiques cliniques ainsi qu'avec la *Charte canadienne des droits et libertés* et les normes internationales relatives à ce type de législation. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 22

Les critères relatifs aux OTMC devraient être modifiés afin d'exiger que des méthodes de traitement moins interventionnistes soient écartées avant qu'une OTMC ne soit envisagée.

Il est particulièrement important de régler la question des mandataires spéciaux inaptes, puisque les mandataires spéciaux jouent un rôle et exercent une influence accrus dans les cas d'OTMC. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 23

Une modification à la *Loi sur le consentement aux soins de santé* devrait être envisagée pour permettre au client ou au médecin traitant de demander à la Commission du consentement et de la capacité de rendre une décision selon laquelle une personne autrement apte à agir à titre de mandataire spécial est rayée de la liste parce qu'elle ne convient pas. Toute modification devrait prévoir que les décisions d'inaptitude se limitent clairement aux cas fondés sur les relations antérieures entre le client et le mandataire spécial potentiel et non, par exemple, sur le désir du médecin de trouver un mandataire spécial plus accommodant.

Presque tout le monde s'entend pour admettre le fait que les appréhensions effectuées en vertu des dispositions d'application de la Loi annulent automatiquement l'OTMC. Cela a entraîné beaucoup de cynisme, découragé le recours aux OTMC dans des situations où elles auraient pu être bénéfiques et créé des risques sur les plans de la sécurité et du traitement. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 24

Le libellé de la Loi devrait être clarifié pour éviter que le recours à la formule 47 annule les OTMC.

Les policiers doutent de l'étendue de leurs droits d'entrée, s'ils en ont, lorsqu'ils effectuent une appréhension en vertu d'une OTMC. Les policiers trouvent difficile de devoir emmener une personne appréhendée en vertu d'une formule 47 au cabinet du médecin signataire ou d'une personne désignée. Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 25

La Loi devrait être modifiée en vue de clarifier si un policier exécutant une formule 47 a le droit de pénétrer de force dans un logement pour effectuer l'appréhension.

Recommandation 26

La Loi devrait être modifiée de façon à préciser qu'un client faisant l'objet d'une OTMC appréhendé en vertu d'une formule 47 peut être emmené au cabinet du médecin responsable ou de la personne désignée ou à l'établissement de l'annexe 1 le plus proche qui serait tenu de communiquer avec le médecin responsable ou la personne désignée.

Selon les règles actuelles, les périodes d'hospitalisation volontaire sont comprises dans la période d'admissibilité à une OTMC. Cela constitue un obstacle important pour les bénéficiaires, dont certains hésitent à demander des soins de peur de devenir admissibles à une OTMC. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 27

La Loi devrait être modifiée pour éviter que les périodes d'hospitalisation volontaire soient comptabilisées dans la période d'admissibilité à une OTMC.

La Commission du consentement et de la capacité doit régulièrement reporter les audiences afin d'ordonner la représentation par un avocat des personnes qui sont incapables ou qui pourraient l'être. Ces reports coûtent cher au système et causent beaucoup d'insatisfaction à l'égard de la Commission. Le fait d'exiger la représentation de tous les patients par un avocat assurerait la protection des clients et réglerait ce problème. Une règle similaire applicable à certains cas il y a quelques années fonctionnait sans difficulté. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 28

La Loi devrait être modifiée de façon à exiger la représentation juridique de tous les clients faisant l'objet d'une OTMC qui comparaissent devant la Commission du consentement et de la capacité.

On nous a dit à maintes reprises durant les consultations que l'exigence selon laquelle les patients doivent satisfaire aux critères de la formule 1, à moins d'être déjà hospitalisés, entraîne des résultats anormaux sur le plan du renouvellement des OTMC. On nous a dit que de nombreux patients dont l'état s'était stabilisé grâce à une OTMC ne répondent pas aux critères de la formule 1 en raison du succès du programme, mais que leur état se détériorerait rapidement au point de répondre à ces critères si leur OTMC prenait fin. Selon le libellé actuel, ces patients ne sont pas techniquement admissibles à un renouvellement. En d'autres mots, on peut avancer que les OTMC ne peuvent être légalement renouvelées qu'à l'égard des clients pour lesquels elles ont été un échec. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 29

La Loi devrait être modifiée pour remplacer l'exigence selon laquelle les candidats à une OTMC doivent répondre aux critères de la formule 1 par une exigence selon laquelle le praticien est d'avis que l'état du client risque d'atteindre un point où ce dernier répondra aux critères dans un délai déterminé à moins que l'OTMC de ce patient ne soit maintenue.

Il n'existe aucune disposition dans la loi prévoyant la modification du plan de traitement en milieu communautaire. Cela signifie qu'un plan ne peut être modifié pour s'adapter à l'évolution des circonstances ni en raison des leçons

apprises. Bien que la modification des dispositions du plan risque d'avoir de graves répercussions sur le client, nous croyons que l'absence de mécanisme permettant les changements mineurs entraîne une rigidité indésirable et impraticable, ce qui risque d'entraîner l'interruption inappropriée d'une OTMC, alors que les circonstances la justifient. À notre avis, l'ajout d'une disposition permettant des modifications mineures est souhaitable. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 30

La Loi devrait être modifiée de façon à permettre d'apporter des modifications mineures au plan de traitement en milieu communautaire. Aucun consentement ne devrait être requis dans les cas où la nature, les avantages escomptés, les risques importants et les restrictions influant sur les droits du client ne diffèrent sensiblement pas de la nature, des avantages escomptés, des risques importants et des restrictions influant sur les droits du client que comporte le plan de traitement en milieu communautaire initial.

Le système actuel de délivrance et de renouvellement des OTMC est problématique autant pour les clients que pour leurs médecins. Il est clair que les règles et les principes régissant les OTMC sont souvent contournés et que des personnes, dont la capacité est parfois douteuse, subissent fréquemment des pressions pour consentir à une OTMC d'une manière qui ne serait pas considérée comme étant volontaire et éclairée. Il semble que les OTMC soient parfois utilisées pour accéder aux ressources communautaires ou sans prendre la peine de considérer des options moins restrictives. Nous avons entendu dire à plusieurs reprises qu'une période de six mois est trop courte du point de vue clinique pour les OTMC. Nous avons également reçu des plaintes relatives à l'effet néfaste des renouvellements fréquents sur le système, en raison des procédures complexes et répétitives et des audiences obligatoires. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 31

On devrait songer sérieusement à modifier la Loi de façon à améliorer la protection des clients tout en rendant le système plus efficace, cliniquement approprié et moins lourd pour les médecins d'un point de vue administratif.

Bien qu'il n'existe aucune solution idéale, l'une des options possibles consisterait à exiger un examen juridique initial pour assurer la conformité tout en réduisant les formalités et la charge administrative à long terme de façon à protéger le droit du patient à une audience. Selon ce modèle, toutes les OTMC feraient l'objet d'un examen par la Commission du consentement et de la capacité dans les quatorze jours suivant la mise en œuvre pour confirmer :

- la capacité du patient;
- la validité du consentement du patient;
- que le mandataire spécial approprié du point de vue légal a été contacté;
- que les options les moins restrictives ont été envisagées;
- que les exigences préalables à une OTMC ont été respectées.

La procédure complexe de renouvellement pourrait tout simplement être remplacée par une simple disposition exigeant que le médecin responsable justifie par écrit la prolongation ou la cessation de l'OTMC, à des intervalles déterminés, d'une manière semblable à ce qui se fait pour le renouvellement des internements obligatoires. L'obligation de prodiguer périodiquement des conseils en matière de droits ainsi que le droit de présenter une requête à la Commission du consentement et de la capacité demeureraient toujours à des moments précis. Les audiences obligatoires pourraient être abolies ou moins fréquentes.

Voici d'autres solutions, bien qu'incomplètes, pour résoudre ces problèmes :

- combiner l'examen obligatoire au début d'une OTMC avec un délai plus long (par exemple, un an);
- abolir la date d'échéance imposée par la Loi, c'est-à-dire rendre le processus des OTMC semblable à celui qui est utilisé en cas d'incapacité de gérer ses biens, en plus de l'obligation de prodiguer des conseils en matière de droits et d'audiences devant la Commission du consentement et de la capacité à des périodes précises.

Peu importe la solution retenue, les droits des clients faisant l'objet d'OTMC dans la collectivité seraient mieux protégés si ces derniers avaient accès à des services indépendants de défense des droits.

Un trop grand nombre de personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes ont très souvent des démêlés avec l'appareil de justice pénale plutôt que d'être pris en charge par le système de santé. Ces personnes sont trop nombreuses à subir les outrages du milieu carcéral. Les mécanismes de libération conditionnelle de l'appareil de justice pénale ne sont souvent pas efficaces pour ces personnes. Un grand nombre d'entre eux sont fréquemment aux prises avec l'appareil de justice pénale parce que leur maladie n'est pas prise en compte et n'est pas traitée par le système de soins de santé. En effet, il semble que nombreuses sont ces personnes à ne pas avoir accès au système de santé. Nous connaissons tous le principe des portes tournantes des hôpitaux et pourtant l'Ontario a effectivement un deuxième système de portes tournantes par lesquelles de nombreuses personnes aux prises avec des maladies mentales ne cessent d'entrer et de sortir. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 32

Si la proposition d'une audience initiale obligatoire est adoptée et seulement si elle l'est, il faudrait envisager de modifier l'exigence de la loi relative à une hospitalisation antérieure pour que les critères soient satisfaits dans tout hôpital ou dans tout autre établissement de soins en milieu surveillé où la personne a été détenue en vertu d'une autorisation dûment conférée par la loi et qu'il y ait une preuve suffisante à l'effet que cette personne aurait probablement satisfait aux critères d'hospitalisation énoncés à l'article 33.1 si elle n'avait pas été détenue autre part.

De nombreux bénéficiaires de soins de santé mentale et professionnels de la santé s'offusquent du terme « Loi Brian ». Ils croient que cette loi criminalise le groupe de bénéficiaires et qu'elle amplifie considérablement des stigmates déjà nombreux. Le terme sème la confusion auprès des parties intéressées qui croient que les OTMC ne devraient être utilisées que pour les patients ayant des antécédents criminels ou susceptibles de poser des gestes criminels. Certains clients qui pourraient par ailleurs être disposés à faire l'objet d'une OTMC sont réticents à cause des implications de la terminologie utilisée. Nous reconnaissons que ce terme a, à l'origine, été choisi comme marque de respect envers Brian Smith. Nous croyons toutefois que les dommages causés par l'utilisation de ce terme ne sont pas justifiés. D'autres formulations utilisées dans les dispositions de la Loi relatives aux OTMC semblent convenir davantage au monde correctionnel qu'au domaine des soins de santé. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 33

Le MSSLD devrait retirer toutes les références à la « Loi Brian » de ses communications et de ses publications. Il faudrait également penser à modifier la Loi afin de retirer ce terme et à apporter d'autres changements sur le plan de la terminologie afin que le libellé soit plus respectueux des bénéficiaires et qu'il convienne davantage au milieu des soins de santé.

8.3.4 Changements relatifs aux conseils en matière de droits et aux autorisations de s'absenter

Conseils en matière de droits

Au cours de nos consultations, nous avons régulièrement reçu des commentaires très positifs au sujet du service de conseils en matière de droits offert par le BIPEP. Un certain nombre de questions importantes ont toutefois été soulevées. On nous a dit que le service de conseils en matière de droits au téléphone pose des problèmes. Nous avons également entendu dire que le BIPEP a comme politique de refuser le partage des demandes avec les médecins et les coordonnateurs. En raison des exigences de la Loi, des conseils en matière de droits sont proposés aux fonctionnaires de l'unité de substitution des pouvoirs décisionnels du Bureau du Tuteur et curateur public chaque fois qu'il consent à une ordonnance de traitement en milieu communautaire. Puisque certaines de ces personnes s'occupent de plusieurs dossiers d'OTMC, cette situation pourrait faire en sorte que la même personne reçoive inutilement des conseils en matière de droits à de nombreuses occasions chaque année.

Nous avons entendu dire qu'une minorité de mandataires spéciaux ne se rendent pas volontiers disponibles pour recevoir des conseils en matière de droits ou ne coopèrent pas au processus autant que l'on pourrait s'y attendre. Ceux qui reçoivent les conseils au téléphone semblent moins satisfaits et moins informés que ceux qui les reçoivent en personne. Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 34

Le MSSLD devrait envisager de prendre des mesures pour réduire encore davantage les conseils en matière de droits offerts au téléphone aux patients et aux mandataires spéciaux qui résident dans la province.

Recommandation 35

Le MSSLD devrait songer à exempter les fonctionnaires du Bureau du Tuteur et curateur public de l'exigence de recevoir des conseils en matière de droits.

Recommandation 36

Le MSSLD devrait demander aux coordonnateurs des OTMC d'aviser les mandataires spéciaux que les conseils en matière de droits sont nécessaires et font partie intégrante du processus et que le refus d'y coopérer sera considéré comme un refus d'agir à titre de mandataire spécial.

Le programme de conseils en matière de droits du BIPEP a décidé de son propre chef, sans que la loi l'ait sanctionné, d'examiner et de commenter les plans de traitement. Par conséquent, de nombreux conseillers en matière de droits et médecins ont cru, à tort, que le BIPEP avait l'autorité nécessaire pour refuser d'approuver les plans de traitement. Cette situation entraîne une animosité inutile, est injuste envers les médecins, risque de retarder les audiences et contrevient aux normes juridiques largement reconnues.

La politique du BIPEP qui empêche les conseillers en matière de droits de transmettre aux médecins et aux hôpitaux des copies des requêtes en attente présentées à la Commission du consentement et de la capacité enfreint également les normes juridiques reconnues, ralentit le système, entraîne une augmentation des coûts et est à la source d'une animosité inutile.

Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 37

Le BIPEP devrait arrêter de faire des commentaires sur l'aspect légal ou la justesse des plans de traitement à l'intention des médecins et des coordonnateurs.

Recommandation 38

Le MSSLD devrait penser à modifier la réglementation de façon à exiger qu'une copie des requêtes présentées à la Commission du consentement et de la capacité soit transmise au coordonnateur des OTMC et (ou) aux médecins dans l'heure suivant la signature.

Autorisations de s'absenter

Sous réserve de rares exceptions, les modifications apportées à l'article 27 de la Loi et adoptées en l'an 2000 n'ont pas eu l'effet escompté, c'est-à-dire d'encourager l'utilisation des autorisations de s'absenter comme solution de rechange aux séjours prolongés à l'hôpital, aux remises en liberté sans surveillance et aux ordonnances de traitement en milieu communautaire. Nous croyons toutefois qu'elles peuvent tout à fait atteindre ces objectifs si les changements appropriés sont apportés.

Les changements nécessaires comprennent la mise en œuvre d'une stratégie d'éducation et d'information ainsi que des modifications à la loi afin de répondre aux inquiétudes des médecins relativement à la responsabilité légale. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 39

Le MSSLD devrait songer à modifier la Loi afin de fournir aux médecins le même type de protection en matière de responsabilité que celle dont ils jouissent à l'égard des OTMC.

Les autorisations de s'absenter pendant de courtes durées devraient demeurer un outil souple et facile à utiliser pour autoriser les congés de fin de semaine ou de jour férié et autres situations semblables. Toutefois, nous sommes d'avis que, pour réussir, les autorisations de s'absenter à long terme exigent, de toute évidence, le même niveau de service, de planification et de communication que les OTMC. Par conséquent, nous présentons les recommandations suivantes :

Recommandation 40

Le MSSLD devrait envisager de modifier la Loi pour rendre obligatoire un plan de traitement en milieu communautaire lorsque l'autorisation de s'absenter dépasse 30 jours.

Recommandation 41

Le MSSLD devrait songer à accroître le rôle des coordonnateurs des OTMC et (ou) du personnel des hôpitaux qui s'acquitte de fonctions similaires pour y ajouter l'élaboration et la gestion des plans de traitement en milieu communautaire associés aux autorisations de s'absenter de plus de 30 jours.

Les professionnels de la santé ignorent presque tous les dispositions relatives aux autorisations de s'absenter. Le peu d'information qu'ils possèdent à cet égard est principalement erronée. Il faut prendre des mesures vigoureuses pour combler l'écart d'information si l'on veut que le recours aux autorisations de s'absenter augmente dans la province. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 42

Le MSSLD devrait s'assurer que :

- **la formation sur les aspects cliniques et juridiques des autorisations de s'absenter est incluse dans les efforts recommandés en matière d'éducation;**
- **chaque établissement de l'annexe 1 reçoit une trousse d'information portant sur les autorisations de s'absenter afin de réfuter les fausses croyances, comme celle voulant que les personnes faisant l'objet d'une autorisation de s'absenter ne sont pas admissibles au POSPH;**
- **les procédures et les communications connexes du MSSLD font l'objet d'un examen pour éviter qu'elles :**
  - **donnent l'impression qu'un lit doit être conservé pour chaque personne faisant l'objet d'une autorisation de s'absenter;**
  - **nuisent par inadvertance à l'utilisation des autorisations de s'absenter.**

Les autorisations de s'absenter sont potentiellement au moins aussi efficaces que les ordonnances de traitement en milieu communautaire. Si elles se répandent, elles sont susceptibles de soulever les mêmes questions dans une large mesure. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 43

Le MSSLD devrait s'assurer que les autorisations de s'absenter continuent de faire partie des futurs examens obligatoires des OTMC afin de surveiller leur efficacité et la possibilité qu'elles exigent une protection accrue des droits. Afin de disposer des données nécessaires sur les autorisations de s'absenter, les rapports quotidiens de recensement des hôpitaux remis au MSSLD devront relever les autorisations de s'absenter dans le cadre des principaux programmes de l'hôpital.

8.3.5 Recommandations sur le prochain examen prévu par la loi et travaux à entreprendre afin de s'y préparer

Dans le cadre de nos discussions sur les OTMC avec les parties intéressées, de notre examen de la documentation canadienne et internationale sur les OTMC et de notre tentative de recueillir des données quantitatives permettant de brosser le tableau du fonctionnement d'un programme d'OTMC, nous avons constaté d'importantes lacunes et autres problèmes. Nous les avons résumés dans la présente section. Il est essentiel de les régler afin que les personnes chargées du prochain examen puissent s'acquitter du mandat imposé par la Loi dans cinq ans.

8.3.5.1 Portée du prochain examen

Il est évident que les OTMC ne constituent qu'une méthode de traitement parmi tant d'autres. Elles ne sont pas une panacée et n'ont rien de magique. En mettant en place une structure continue qui ne fait qu'examiner les OTMC, on accorde une importance injustifiée à cette méthode de traitement, à l'exclusion des autres, et aux questions générales relatives à la poursuite du bien-être.

L'objet sous-jacent des OTMC est de fournir un programme en vertu duquel on peut éviter les soins psychiatriques en milieu hospitalier lorsque cela est indiqué. Toutefois, on peut en dire autant d'autres programmes communautaires de santé mentale conçus pour permettre aux personnes de vivre dans la collectivité soit de façon permanente, soit avec des périodes d'hospitalisation intermittentes pour traiter des problèmes périodiques.

Le gouvernement de l'Ontario procède régulièrement à l'examen des programmes, pour des raisons d'efficacité ou de responsabilisation ou des raisons financières ou autres. Le MSSLD a ajouté deux domaines supplémentaires d'examen et plusieurs questions complémentaires aux trois questions devant faire l'objet de cette étude comme le prévoit la Loi. Cette volonté d'aller au-delà des limites fixées par la Loi est louable et doit se poursuivre en vue du prochain examen dans cinq ans.

Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 44

Le MSSLD devrait élargir la portée du prochain examen pour traiter les aspects connexes en matière de soins communautaires de santé mentale et de bien-être.

Bien que la détermination de la portée du cadre de référence du prochain examen nécessite beaucoup de réflexion et de délibérations, la liste ci-dessous pourrait constituer un point de départ utile à la discussion :

- Le cadre de référence de l'examen, c'est-à-dire :
  - les trois questions prévues par la loi et les questions supplémentaires du MSSLD;
  - le recours aux autorisations de s'absenter;
  - la prestation de conseils en matière de droits.
- Quels sont les taux d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles de santé mentale semblables qui font l'objet d'OTMC ou qui reçoivent des soins par l'entremise de programmes communautaires de santé mentale ou autres sans OTMC?
- Quelle est la comparaison (subjective) entre la façon dont les personnes atteintes de troubles de santé mentale semblables fonctionnent dans la collectivité si elles font l'objet d'une OTMC ou si elles reçoivent des soins par l'entremise de programmes communautaires de santé mentale ou autres sans OTMC?
- Quelle est la durée d'une OTMC ou le délai de renouvellement ou de délivrance ultérieure et qu'arrive-t-il lorsque l'OTMC prend fin?
- Dans quelle mesure, le cas échéant, le succès des OTMC est-il attribuable à des facteurs comme la répartition des ressources et l'organisation de la prestation de services plutôt qu'aux ramifications juridiques pour le client?
- Quel est le coût d'option des OTMC par rapport aux autres priorités mises de côté?
- Les OTMC doivent-elles être maintenues ou existe-t-il de meilleures solutions?
- Du point de vue des droits – respecte-t-on les principes de droit?
- Dans quelle mesure a-t-on recours à des solutions de remplacement aux OTMC et quelles mesures peuvent et doivent être prises pour les promouvoir?
- Pourquoi a-t-on recours à différents programmes communautaires?
- Comment évaluer la perte de droits et quel en est le prix?
- Les OTMC permettent-elles d'atteindre l'objectif pour lequel elles ont été créées?
- Qui est un candidat approprié aux OTMC et qui ne l'est pas?
- Les OTMC offrent-elles un bon rapport qualité-prix, ou serait-il préférable d'utiliser les ressources à d'autres fins pour appuyer le maintien des clients potentiels dans la collectivité?
- Pourquoi les OTMC sont-elles ou ne sont-elles pas utilisées pour les adolescents et les personnes âgées?

Le fait d'établir la portée du prochain examen plus tôt que tard permettra au personnel du MSSLD de mieux définir les données requises pour appuyer l'examen, de disposer d'un délai suffisant pour modifier les systèmes (manuels et

électroniques) et de recueillir les données. La majorité de ces données seront inévitablement nécessaires pour effectuer la recherche proposée.

8.3.5.2 Données

Nous avons noté des problèmes évidents dans les efforts du MSSLD pour recueillir des données de qualité. Ces problèmes existent partout, dans les secteurs public et privé. Ils comprennent :

- la fragmentation des sources de données (sur le plan de l'emplacement et de la technologie);
- l'utilisation minimale ou inexistante des données, qui entraîne une qualité sous-optimale;
- le manque d'incitatifs ou les éléments dissuasifs en matière d'opportunité, d'exhaustivité et d'exactitude;
- les préoccupations en matière de confidentialité.

Plus spécifiquement, comme nous l'avons expliqué à la section 4.0 Données, la formule supplémentaire de rapport du médecin pour l'Assurance-santé du MSSLD relative aux OTMC, la base de données Access des formules *fiche de rapport d'ordonnance de traitement en milieu communautaire* et *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* sont incomplètes et contiennent des erreurs.

De plus, le Système d'information ontarien sur la santé mentale du MSSLD, les rapports de la Direction de la santé mentale et des dépendances conformes au SIG, de l'Assurance-santé de l'Ontario, le recensement quotidien dans les hôpitaux, etc. ne sont pas actuellement en mesure d'accepter des données détaillées sur les OTMC, et les systèmes des hôpitaux, des organismes et des professionnels de la santé ne sont pas actuellement configurés pour recueillir des données uniformes sur les OTMC et les transmettre au MSSLD. La raison probablement la plus importante de cet état de fait est que les OTMC constituent une très petite partie du système de soins de santé mentale en milieu communautaire et une partie encore plus petite du système global de soins de santé.

Un autre problème se pose du fait que les formules *fiche de rapport d'ordonnance de traitement en milieu communautaire* et *formule de renseignements sur l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC)* de l'Assurance-santé de l'Ontario ont été conçues en prévision de cet examen. Cela s'est fait avant de pouvoir connaître le cadre de référence complet de l'examen et avant qu'on acquière une expérience quelconque relativement aux OTMC et à leur fonctionnement. Toutefois, même si le MSSLD peut maintenant établir avec un degré raisonnable d'exactitude les données requises pour le prochain examen, le défi est de s'assurer que le MSSDL reçoit des données opportunes, complètes et exactes au cours des cinq prochaines années.

Seule une meilleure information que celle dont nous disposons actuellement pourrait permettre à deux des trois questions prévues par la Loi d'être adéquatement étudiées, c'est-à-dire l'efficacité des ordonnances de traitement en milieu communautaire durant la période à l'étude et les méthodes servant à évaluer le résultat d'un traitement en vertu des ordonnances de traitement en milieu communautaire.

Nous croyons que le type de données recueillies sur les clients faisant l'objet d'OTMC devrait être élargi et fondé sur la nécessité d'appuyer la recherche recommandée, ainsi que la portée étendue recommandée pour le prochain examen. Tandis que ces exigences devraient permettre de définir les données à recueillir, des points de référence utiles pour les besoins de la discussion sont offerts par les données recueillies dans le cadre de l'initiative d'évaluation des programmes communautaires de santé mentale (*Making a Difference, Ontario's Community Mental Health Evaluation Initiative*, octobre 2004 - www.ontario.cmha.ca/cmhei) et par l'ensemble d'outils de mesure de l'Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, la trousse canadienne de mesure des résultats de la réadaptation psychosociale (www.psr.ofcmhap.on.ca). Ces outils recueillent des renseignements de base tels le sexe, l'âge, la scolarité, l'état civil, l'emploi/bénévolat et les finances, l'état de santé et l'utilisation de services de santé ou de médicaments, les conditions de logement, les aspects juridiques, etc. De l'information sur l'intégration à la collectivité, la participation aux services et programmes de soutien communautaires, les soutiens sociaux, la qualité de vie, les sentiments d'autonomie, l'adaptation, etc. est également recueillie. Si les données sont rassemblées au cours d'une longue période, elles deviennent un outil précieux pour le suivi des changements survenus à l'égard des personnes participantes et, ultimement, l'évaluation des résultats du programme.

Dans le cadre de nos recommandations, nous suggérons d'attribuer un rôle plus vaste aux coordonnateurs. Si cette démarche est mise en œuvre, les coordonnateurs des OTMC pourraient aussi devenir les gardiens ou les coordonnateurs des données relatives aux OTMC. Par conséquent, nous présentons la recommandation suivante :

Recommandation 45

Le MSSLD devrait accroître le rôle des coordonnateurs des OTMC en leur donnant la responsabilité et l'autorité d'agir à titre de coordonnateurs des données sur les OTMC et le MSSLD devrait fournir localement aux coordonnateurs des OTMC les outils informatiques, si nécessaire, et les logiciels appropriés qui leur permettraient de :

- **maintenir leurs dossiers en matière d'OTMC;**
- **modifier et d'extraire les données requises et de les transmettre électroniquement au MSSLD;**
- **produire des rapports utiles et d'intérêt pour les médecins et les autres intervenants qui participent à la mise en place ou à la prestation des soins dans le cadre d'OTMC ainsi qu'à la planification et au suivi de l'ensemble du programme d'OTMC.**

9.0 Annexes

9.1 Bibliographie choisie

AJZENSTADT, M., U. AVIRAM, M. KALIAN et A. KANTER. « Involuntary outpatient commitment in Israel: Treatment or control? », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 24, n° 6 (2001), pp. 637-657.

ALLEN, M. et V.F. SMITH. « Opening Pandora's box: The practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 3 (2001), pp. 342-346.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Task Force on Involuntary Outpatient Commitment, and American Psychiatric Association. *Involuntary commitment to outpatient treatment: Report of the task force on involuntary outpatient commitment*, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.

APPELBAUM, P.S. « Ambivalence codified: California's new outpatient commitment statute », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 54, n° 1 (2003), pp. 26-28.

APPELBAUM, P.S. « Thinking carefully about outpatient commitment », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 3 (2001), pp. 347-350.

APPELBAUM, P.S. « Outpatient commitment: The problems and the promise », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 10 (1986), pp. 1270-1272.

BLOOM, H. et M. BAY. *A practical guide to mental health, capacity and consent law of Ontario*, Scarborough, Ontario, Carswell, 1996.

BORUM, R., M. SWARTZ, S. RILEY, J. SWANSON, V.A. HIDAY et R. WAGNER. « Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 50, n° 11 (1999), pp. 1489-1491.

BOUDREAU, F. et P. LAMBERT. « Compulsory community treatment? I. Ontario stakeholders' responses to helping those who won't help themselves », *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 12, n° 1 (1993), pp. 57-78.

BOUDREAU, F. et P. LAMBERT. « Compulsory community treatment? II. The collision of views and complexities involved: Is it the best possible alternative? », *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 12, n° 1 (1993) pp. 79-96.

BRAHAMS, D. « Treatment of uncooperative psychiatric patients in the community: Mental health act in need of reform », *Lancet*, vol. 1, n° 8485 (1986), pp. 863-864.

BROWN, J.D. « Is involuntary outpatient commitment a remedy for community mental health service failure? », *Ethical Human Sciences and Services*, vol. 5, n° 1 (2003), pp. 7-20.

BURSTEN, B. « Mandatory outpatient treatment », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 144, n° 3 (1987), pp. 389-390.

BURSTEN, B. « Posthospital mandatory outpatient treatment », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 10 (1986), pp. 1255-1258.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. *CPA position paper: Mandatory outpatient treatment*, 2003. Consulté à l'adresse http://www.psychdirect.com/forensic/PsychLaw/cto/pos_paper_mandatory_treat.htm.

CANTOR, C. et D. JONES. « Intravenous sedation of involuntary psychiatric patients in New South Wales », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32, n° 1 (1998), pp. 141-143.

CANVIN, K., A. BARTLETT et V. PINFOLD. « Acceptability of compulsory powers in the community: The ethical considerations of mental health service users on supervised discharge and guardianship », *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, n° 8 (2005), pp. 457-462.

CANVIN, K., A. BARTLETT et V. PINFOLD. « A 'bittersweet pill to swallow': Learning from mental health service users' responses to compulsory community care in England », *Health & Social Care in the Community*, vol. 10, n° 5 (2002), pp. 361-3o9.

CASHMAN, F. « Outpatient involuntary commitment », *Health Law in Canada*, vol. 17, n° 4 (1997), pp. 127-131.

CAULFIELD, T.A. et B. VON TIGERSTROM. *Health care reform and the law in Canada: Meeting the challenge*, Edmonton, University of Alberta Press, 2002.

CHAIMOWITZ, G.A. « Community treatment orders: An uncertain step », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 49, n° 9 (2004), pp. 577-578.

CHANDRASENA, R. « The Ontario mental health act: A review of court decisions on involuntary committal », *Health Law in Canada*, vol. 11, n° 4 (1991), pp. 97-101.

CHODOFF, P. « Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 141, n° 3 (1984), pp. 384-389.

COMPTON, S.N., J.W. SWANSON, H.R. WAGNER, M.S. SWARTZ, B.J. BURNS et E.B. ELBOGEN. « Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness », *Mental Health Services Research*, vol. 5, n° 1 (2003), pp. 27-38.

CURRIER, G.W. « A survey of New Zealand psychiatrists' clinical experience with the mental health (compulsory assessment and treatment) act of 1992 », *The New Zealand Medical Journal*, vol. 110, n° 1036 (1997), pp. 6-9.

DAVIES, S. « Involuntary outpatient commitment and supervised discharge », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 177 (2000), p. 183.

DAWSON, J. *Community Treatment Orders: International Comparisons*, Nouvelle-Zélande, Otago University Print, 2005. Consulté en 2005 à l'adresse http://www.otago.ac.nz/law/otagoCTO/publications/pdfs/CTO_Report_Summary.pdf.

DAWSON, J., S. ROMANS, A. GIBBS, R. MULLEN, N. RATTER, C. ANSLEY, et coll. *The proper uses of community treatment orders*. Mémoire présenté lors de la Legal Research Foundation Conference intitulée « Critical topics in mental health law, policy and procedure », Auckland, Nouvelle-Zélande, 2002. Consulté à l'adresse *http://legalresearch.auckland.ac.nz/docs/ProperUsesOfCommTOs.pdf*.

DAWSON, J. « Randomised controlled trials of mental health legislation», *Medical Law Review*, vol. 10, n° 3 (2002), pp. 308-321.

DAWSON, J. et S. ROMANS. « Uses of community treatment orders in New Zealand: Early findings », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (2001), pp. 190-195.

DAWSON, J., S. ROMANS, A. GIBBS et N. RATTER. « Ambivalence about community treatment orders », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 26, n° 3 (2003), pp. 243-255.

DELANEY, T. « Behavioral health issue brief: Outpatient civil commitment », *Issue Brief*, Health Policy Tracking Service, 1999, pp. 1-19.

DIAMOND, R.J. « Coercion in the community: Issues for mature treatment systems », *New Directions for Mental Health Services*, n° 66 (été 1995), pp. 3-18.

DRAINE, J. « Conceptualizing services research on outpatient commitment », *Journal of Mental Health Administration*, vol. 24, n° 3 (1997), pp. 306-315.

DRAKE, R.E. et B.J. BURNS. « Special section on assertive community treatment: An introduction », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 46, n° 7 (1995), pp. 667-668.

DUNN, J. « Compulsory treatment in the community », *BMJ (Clinical Research Ed.)*, vol. 298, n° 6688 (1989), p. 1647.

DURST, R., A. TEITELBAUM, Y. BAR-EL, M. SHLAFMAN et Y. GINATH. « Evaluation of compulsory ambulatory treatment in Israel », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 50, n° 5 (1999), pp. 698-700.

DURST, R., A. TEITELBAUM, Y. BAR-EL, M. SHLAFMAN et Y. GINATH. « Compulsory, ambulatory psychiatric treatment », *Harefuah*, vol. 133, n° 12 (1997), pp. 597-602, 664.

DYER, C. « Compulsory treatment in the community for the mentally ill? », *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, vol. 295, n° 6604 (1987), pp. 991-992.

EL, Y.C., R. DURST, J. RABINOWITZ, M. KALIAN, A. TEITELBAUM et M. SHLAFMAN. « Implementation of order of compulsory ambulatory treatment in Jerusalem », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 21, n° 1 (1998), pp. 65-71.

ELBOGEN, E.B., J.W. SWANSON et M.S. SWARTZ. « Effects of legal mechanisms on perceived coercion and treatment adherence among persons with severe mental illness », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 191, n° 10 (2003), pp. 629-637.

EVERETT, B. « Community treatment orders: Ethical practice in an era of magical thinking », *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 20, n° 1 (2001), pp. 5-20.

FAHNDRICH, E. et G. EICHLER. « Commitment of mentally ill and community psychiatry », *Psychiatrische Praxis*, vol. 22, n° 4 (1995), pp. 150-153.

FENNELL, P. « Balancing care and control: Guardianship, community treatment orders and patient safeguards », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 15, n° 2 (1992), pp. 205-235.

FERNANDEZ, G.A. et S. NYGARD. « Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 9 (1990), pp. 1001-1004.

FERNANDEZ, G.A. et CAROLINE DU NORD. Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Abuse Services. Evaluation Unit. *Evaluation of involuntary outpatient commitment in North Carolina*, Raleigh, Caroline du Nord, Division of Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Abuse Services, Administrative Services Section, Evaluation Unit, 1992.

FULOP, N.J. « Involuntary outpatient civil commitment: What can Britain learn from the U.S. experience? A civil liberties perspective », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 18, n° 3 (1995), pp. 291-303.

GARFINKEL, P.E. et D.S. GOLDBLOOM. « Significant developments in psychiatry: Implications for community mental health », *Canadian Journal of Community Mental Health/Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 19, n° 2 (2000), pp. 161-165.

GELLER, J., A.J., Jr. GRUDZINSKAS, M. McDERMEIT, W.H. FISHER et T. LAWLOR. « The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 25, n° 3 (1998), pp. 271-285.

GELLER, J.L. « At the margins of human rights and psychiatric care in North America », *Acta Psychiatrica Scandinavica - Supplementum*, vol. 399 (2000), pp. 87-92.

GELLER, J.L. « Making 'em do it », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 47, n° 11 (1996), p. 1157.

GELLER, J.L. « A biopsychosocial rationale for coerced community treatment in the management of schizophrenia », *The Psychiatric Quarterly*, vol. 66, n° 3 (1995), pp. 219-235.

GELLER, J.L. « Clinical guidelines for the use of involuntary outpatient treatment », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 41, n° 7 (1990), pp. 749-755.

GELLER, J.L. « The quandaries of enforced community treatment and unenforceable outpatient commitment statutes », *The Journal of Psychiatry & Law*, vol. 14, n°s 1-2 (1986), pp. 149-158.

GELLER, J.L. « Rights, wrongs, and the dilemma of coerced community treatment », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 10 (1986), pp. 1259-1264.

GELLER, J.L., M. McDERMEIT, A.J., Jr. GRUDZINSKAS, T. LAWLOR et W.H. FISHER. « A competency-based approach to court-ordered outpatient treatment », *New Directions for Mental Health Services*, n° 75 (1997), pp. 81-95.

GERBASI, J.B., R.J. BONNIE et R.L. BINDER. « Resource document on mandatory outpatient treatment », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 28, n° 2 (2000), pp. 127-144.

GIBBS, A., J. DAWSON, H. FORSYTH, R. MULLEN et TE ORANGA TONU TANGA (MAORI MENTAL HEALTH TEAM). « Maori experience of community treatment orders in Otago, New Zealand », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 10 (2004), pp. 830-835.

GRAY, J.E. et R.L. O'REILLY. « Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 28, n° 1 (2005), pp. 13-22.

GRAY, J.E. et R.L. O'REILLY. « Clinically significant differences among Canadian mental health acts », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 46, n° 4 (2001), pp. 315-321.

GRAY, J.E., M.A. SHONE et P.F. LIDDLE. *Canadian mental health law and policy*, Toronto, Ontario, Butterworths, 2000.

GREENBERG, D., J. MAZAR, D. BROM et Y.C. BARER. « Involuntary outpatient commitment: A naturalistic study of its use and a consumer survey at one community mental health center in Israel », *Medicine and Law*, vol. 24, n° 1 (2005), pp. 95-110.

GROFF, A., B. BURNS, J. SWANSON, M. SWARTZ, H.R. WAGNER et M. TOMPSON. « Caregiving for persons with mental illness: The impact of outpatient commitment on caregiving strain », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, n° 8 (2004), pp. 554-562.

HANNIGAN, B. et J. CUTCLIFFE. « Challenging contemporary mental health policy: Time to assuage the coercion? », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, n° 5 (2002), pp. 477-484.

HEFFERN, W.A et W. AUSTIN. « Compulsory community treatment: Ethical considerations », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 6, n° 1 (1999), pp. 37-42.

HENDERSON, C., C. FLOOD, M. LEESE, G. THORNICROFT, K. SUTHERBY et G. SZMUKLER. « Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial », *BMJ (Clinical Research Ed.)*, vol. 329, n° 7458 (2004), p. 136.

HIDAY, V.A. et R.R. GOODMAN. « The least restrictive alternative to involuntary hospitalization, outpatient commitment: Its use and effectiveness », *The Journal of Psychiatry & Law*, vol. 10, n° 1 (1982), pp. 81-96.

HIDAY, V.A. et T.L. SCHEID-COOK. « Outpatient commitment for revolving door patients: Compliance and treatment », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 179, n° 2 (1991), pp. 83-88.

HIDAY, V.A. et T.L. SCHEID-COOK. « A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 40, n° 1 (1989), pp. 52-59.

HIDAY, V.A. et T.L. SCHEID-COOK. « The North Carolina experience with outpatient commitment: A critical appraisal », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 10, n° 3 (1987), pp. 215-232.

HIDAY, V.A., M.S. SWARTZ, J.W. SWANSON, R. BORUM et H.R. WAGNER. « Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 159, n° 8 (2002), pp. 1403-1411.

HILTZ, D. et A. SZIGETI. *A guide to consent and capacity law in Ontario*, édition de 2006, Markham (Ontario), LexisNexis Butterworths, 2005.

HINDS, J.T. « Involuntary outpatient commitment for the chronically mentally ill », *Nebraska Law Review*, vol. 69, n° 2 (1990), pp. 346-412.

HOGE, M.A. et E. GROTTOLE. « The case against outpatient commitment », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 28, n° 2 (2000), pp. 165-170.

HOLLOWAY, F. « Community psychiatric care: From libertarianism to coercion, moral panic and mental health policy in Britain », *Health Care Analysis : HCA : Journal of Health Philosophy and Policy*, vol. 4, n° 3 (1996), pp. 235-243.

KEILITZ, I. « NCSC guidelines for involuntary civil commitment: A workable framework for justice in practice », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 4 (1988), pp. 398-402.

KEILITZ, I. et T. HALL. « State statutes governing involuntary outpatient civil commitment », *Mental and Physical Disability Law Reporter*, vol. 9, n° 5 (1985), pp. 378-397.

KISELY, S., L.A. CAMPBELL et N. PRESTON. « Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3 (2005).

KISELY, S.R., J. XIAO et N.J. PRESTON. « Impact of compulsory community treatment on admission rates: Survival analysis using linked mental health and offender databases », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, n° 184 (2004), pp. 432-438.

KNECHT, G., H. SCHANDA, W. BERNER, I. MORAWITZ et E. HAUBENSTOCK. « Outpatient treatment of mentally disordered offenders in Austria », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 19, n° 1 (1996), pp. 87-91.

LAMB, H.R. « Reform of mental health laws: Not repeating the mistakes made in the United States », *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, vol. suppl. 48, (1994), pp. 105-110.

LAMB, H.R. et L.E. WEINBERGER. « Commentary: A major advance in the laws pertaining to community treatment for persons with severe mental illness », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 28, n° 2 (2000), pp. 149-153.

LEFKOVITCH, Y., M. WEISER et A. LEVY. « Involuntary outpatient commitment: Ethics and problems », *Medicine and Law*, vol. 12, n°s 3-5 (1993), pp. 213-220.

LEVENSON, J.L. « Psychiatric commitment and involuntary hospitalization: An ethical perspective », *The Psychiatric Quarterly*, vol. 58, n° 2 (1986), pp. 106-112.

LEVKOWITCH, Y., M. WEISER, A. LEVY et M. NEUMANN. « Involuntary outpatient commitment: Ethical and legal aspects », *Harefuah*, vol. 124, n° 11 (1993), pp. 669-672, 740.

LOUE, S. « The involuntary civil commitment of mentally ill persons in the United States and Romania: A comparative analysis », *Rev Rom Bioet*, vol. 1, n° 1 (2003), pp. 55-88.

McIVOR, R. « The community treatment order: Clinical and ethical issues », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32, n° 2 (1998), pp. 223-228.

McLAREN, S. et J. COOKSON. « Community treatment orders for mental illness », *Lancet*, vol. 2, n° 8677 (1989), p. 1457.

MELLOR, P. « Compulsory treatment in the community », *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain)*, vol. 495 (1987), p. 5.

MELOY, J.R., A. HAROUN et E.F. SCHILLER. *Clinical guidelines for involuntary outpatient treatment*, Sarasota, Floride, Professional Resource Exchange, 1990.

MILLER, R.D. « An update on involuntary civil commitment to outpatient treatment », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, n° 1 (1992), pp. 79-81.

MILLER, R.D. « The least restrictive alternative: Hidden meanings and agendas », *Community Mental Health Journal*, vol. 18, n° 1 (1982), pp. 46-55.

MILLER, R.D. et P.B. FIDDLEMAN. « Outpatient commitment: Treatment in the least restrictive environment? », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (1984), pp. 147-151.

ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Droits et responsabilités : La santé mentale et la loi*, Toronto, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2001.

MONAHAN, J., R.J. BONNIE, P.S. APPELBAUM, P.S. HYDE, H.J. STEADMAN et M.S. SWARTZ. « Mandated community treatment: Beyond outpatient commitment », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 9 (2001), pp. 1198-1205.

MONAHAN, J., M. SWARTZ et R.J. BONNIE. « Mandated treatment in the community for people with mental disorders », *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 22, n° 5 (2003), pp. 28-38.

MONCRIEFF, J. « The politics of a new mental health act », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 183 (2003), pp. 8-9.

MULVEY, E.P., J.L. GELLER et L.H. ROTH. « The promise and peril of involuntary outpatient commitment », *The American Psychologist*, vol. 42, n° 6 (1987), pp. 571-584.

MUNETZ, M.R., P.A. GALON ET F.J. FRESE III. « The ethics of mandatory community treatment », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 31, n° 2 (2003), pp. 173-183.

MUNETZ, M.R. et J.L. GELLER. « The least restrictive alternative in the postinstitutional era », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, n° 10 (1993), pp. 967-973.

MUNETZ, M.R., J.L. GELLER et F.J. FRESE III. « Commentary: Capacity-based involuntary outpatient treatment », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 28, n° 2 (2000), pp. 145-148.

NORDENTOFT, M., H.C. KNUDSEN, B. JESSEN-PETERSEN, A. KRASNIK, H. SAELAN, A.M. BRODERSEN, et coll. « Copenhagen community psychiatric project (CCPP): Characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 32, n° 7 (1997), pp. 369-378.

O'BRIEN, A.M. et S.J. FARRELL. « Community treatment orders: Profile of a Canadian experience », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, n° 1 (2005), pp. 27-30.

O'REILLY, R. « Why are community treatment orders controversial? », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 49, n° 9 (2004), pp. 579-584.

O'REILLY, R. et J. BISHOP. « Assessing the New York City involuntary outpatient treatment program », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 11 (2001), pp. 1533-1534.

O'REILLY, R.L., D.L. KEEGAN et J.W. ELIAS. « A survey of the use of community treatment orders by psychiatrists in Saskatchewan », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 45, n° 1 (2000), pp. 79-81.

OZGUL, S. et S. BRUNERO. « A pilot study of the utilisation and outcome of community orders: Client, carer, case manager and mental health review tribunal perspective », *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association*, vol. 20, n° 4 (1997), pp. 70-83.

PHILLIPS, S.D., B.J. BURNS, E.R. EDGAR, K.T. MUESER, K.W. LINKINS, R.A. ROSENHECK, et coll. « Moving assertive community treatment into standard practice », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 6 (2001), pp. 771-779.

PRESTON, N.J., S. KISELY et J. XIAO. « Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: Epidemiological study in Western Australia », *BMJ (Clinical Research Ed.)*, vol. 324, n° 7348 (2002), p. 1244.

QUINLIVAN, R.T. « Treating high-cost users of behavioral health services in a health maintenance organization », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 51, n° 2 (2000), pp. 159-161.

REED, D.B. « Outpatient civil commitment: A growing trend in state law », *Community Health Report*, vol. 1, n° 1 (2000).

RIDGELY, M.S. « Outpatient commitment: Laura's law and the Rand report », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 54, n° 4 (2003), pp. 575-576.

RIDGELY, M.S., R. BORUM et J. PETRILA. RAND HEALTH, RAWD Institute for Civil Justice. California Legislature Senate Rules Committee. *The effectiveness of involuntary outpatient treatment : Empirical evidence and the experience of eight states*. Santa Monica, Californie, 2001.

ROBERTS, C.A. « Viewpoint: Development of mental health services and psychiatry in Canada: Lessons from the past: Problems of the present; and the future », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 34, n° 4 (1989), pp. 291-298.

ROBINSON, J. et T. MAHMOOD. « Compulsory community treatment and admission rates », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 185 (2004), p. 519; réponse de l'auteur aux pp. 519-520.

ROLFE, T. *Community Treatment Orders: A Review*, Office of the Chief Psychiatrist, Department of Health, Australie-Occidentale, 2001. Consulté à l'adresse http://www.health.wa.gov.au/mhareview/resources/documents/A_Review_of_CTOs_T_Rolfe.pdf.

ROMANS, S., J. DAWSON, R. MULLEN et A. GIBBS. « How mental health clinicians view community treatment orders: A national New Zealand survey », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 10 (2004), pp. 836-841.

SCHMIDT, M.J. et J.L. GELLER. « Involuntary administration of medication in the community: The judicial opportunity », *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 17, n° 3 (1989), pp. 283-292.

SEGAL, S.P. « Effectiveness of involuntary outpatient commitment », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 4 (2001), pp. 654-656.

SENSKY, T., T. HUGHES et S. HIRSCH. « Compulsory psychiatric treatment in the community. I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the mental health act: Special characteristics of patients treated and impact of treatment », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 158 (1991), pp. 792-799, 804.

SENSKY, T., T. HUGHES et S. HIRSCH. « Compulsory psychiatric treatment in the community. II. A controlled study of patients whom psychiatrists would recommend for compulsory treatment in the community », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 158 (1991), pp. 799-804.

SILFEN, P. et A. LEVY. « Forensic psychiatry in Israel: Involuntary out-patient treatment », *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, vol. 32, n° 2 (1995), p. 79.

SLOBOGIN, C. « Involuntary community treatment of people who are violent and mentally ill: A legal analysis », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, n° 7 (1994), pp. 685-689.

SMITH, C.A. « Use of involuntary outpatient commitment in community care of the seriously and persistently mentally ill patient », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 3 (1995), pp. 275-284.

STEADMAN, H.J., K. GOUNIS, D. DENNIS, K. HOPPER, B. ROCHE, M. SWARTZ, et coll. « Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 3 (2001), pp. 330-336.

STEIN, L.I. et R.J. DIAMOND. « Commentary: A systems-based alternative to mandatory outpatient treatment », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 28, n° 2 (2000), pp. 159-164.

STROUP, T.S., J.P. McEVOY, M.S. SWARTZ, M.J. BYERLY, I.D. GLICK, J.M. CANIVE, et coll. « The national institute of mental health clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) project: Schizophrenia trial design and protocol development », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 29, n° 1 (2003), pp. 15-31.

SWANSON, J. W., M.S. SWARTZ, R. BORUM, V.A. HIDAY, H.R. WAGNER et B.J. BURNS. « Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 176 (2000), pp. 324-331.

SWANSON, J.W., M.S. SWARTZ, E.B. ELBOGEN, H.R. WAGNER et B.J. BURNS. « Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 21, n° 4 (2003), pp. 473-491.

SWANSON, J.W., M.S. SWARTZ, L.K. GEORGE, B.J. BURNS, V.A. HIDAY, R. BORUM, et coll. « Interpreting the effectiveness of involuntary outpatient commitment: A conceptual model », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 25, n° 1 (1997), pp. 5-16.

SWANSON, J.W., M.C. TEPPER, P. BACKLAR et M.S. SWARTZ. « Psychiatric advance directives: An alternative to coercive treatment? », *Psychiatry*, vol. 63, n° 2 (2000), pp. 160-172.

SWARTZ, M. et J. MORRISSEY. « Mental health care in North Carolina: Challenges on the road to reform », *North Carolina Medical Journal*, vol. 64, n° 5 (2003), pp. 205-211.

SWARTZ, M.S., B.J. BURNS, V.A. HIDAY, L.K. GEORGE, J. SWANSON et H.R. WAGNER. « New directions in research on involuntary outpatient commitment », *Psychiatric* Services, Washington, *D.C.*, vol. 46 (1995), pp. 381-385. Consulté à l'adresse http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/46/4/381.

SWARTZ, M.S. et J. MONAHAN. « Special section on involuntary outpatient commitment: Introduction », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 3 (2001), pp. 323-324.

SWARTZ, M.S. et J.W. SWANSON. « Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? », *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 49, n° 9 (2004), pp. 585-591.

SWARTZ, M.S., J.W. SWANSON et M.J. HANNON. « Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals », *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 21, n° 4 (2003), pp. 459-472.

SWARTZ, M.S., J.W. SWANSON, V.A. HIDAY, H.R. WAGNER, B.J. BURNS et R. BORUM. « A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 3 (2001), pp. 325-329.

SWARTZ, M.S., J.W. SWANSON, H.R. WAGNER, B.J. BURNS et V.A. HIDAY. « Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 189, n° 9 (2001), pp. 583-592.

SWARTZ, M.S., J.W. SWANSON, H.R. WAGNER, B.J. BURNS, V.A. HIDAY et R. BORUM. « Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156, n° 12 (1999), pp. 1968-1975.

SWARTZ, M.S., J.W. SWANSON, H.R. WAGNER, M.J. HANNON, B.J. BURNS et M. SHUMWAY. « Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 6 (2003), pp. 1139-1146.

SWARTZ, M.S., H.R. WAGNER, J.W. SWANSON et E.B. ELBOGEN. « Consumers' perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 55, n° 7 (2004), pp. 780-785.

SWARTZ, M.S., H.R. WAGNER, J.W. SWANSON, V.A. HIDAY et B.J. BURNS. « The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: Findings from an experimental study », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 30, n° 2 (2002), pp. 207-217.

SWITZKY, H.N. et T.L. MILLER. « The least restrictive alternative », *Mental Retardation*, vol. 16, n° 1 (1978), pp. 52-54.

SZIGETI, A. « Ontario's community treatment orders: How did we get there and where do we go now? an advocate's perspective », *Health Law in Canada*, vol. 21, n° 3 (2001), pp. 66-83.

SZIGETI, A. et D. HILTZ. *A guide to consent and capacity law in Ontario*, Markham, Ontario, LexisNexis Butterworths, 2004.

SZMUKLER, G. et F. HOLLOWAY. « Reform of the mental health act. health or safety? », *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, vol. 177 (2000), pp. 196-200.

SZMUKLER, G. et M. HOTOPF. « Effectiveness of involuntary outpatient commitment », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 4 (2001), pp. 653-654.

SZMUKLER, G.I., A.S. BIRD et E.J. BUTTON. « Compulsory admissions in a London borough: I. social and clinical features and a follow-up », *Psychological Medicine*, vol. 11, n° 3 (1981), pp. 617-636.

TAIPALE, V. « Mental health and quality of mental health care », *Medicine and Law*, vol. 20, n° 4 (2001), pp. 531-542.

THORNICROFT, G. « Compulsory treatment in the community for the mentally ill? », *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, vol. 295, n° 6612 (1987), pp. 1562-1563.

TORREY, E.F. et R.J. KAPLAN. « A national survey of the use of outpatient commitment », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 46, n° 8 (1995), pp. 778-784.

TORREY, E.F. et M. ZDANOWICZ. « Outpatient commitment: What, why, and for whom », *Psychiatric Services*, Washington, D.C., vol. 52, n° 3 (2001), pp. 337-341.

TRUEMAN, S. « Community treatment orders and Nova Scotia – the least restrictive alternative? », *Health Law Journal*, vol. 11 (2003), pp. 1-33.

URMER, A.H. « Implications of California's new mental health law », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 132, n° 3 (1975), pp. 251-254.

VAN PUTTEN, R.A., J.M. SANTIAGO et M.R. BERREN. « Involuntary outpatient commitment in Arizona: A retrospective study », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 9 (1988), pp. 953-958.

VAUGHAN, K., N. McCONAGHY, C. WOLF, C. MYHR et T. BLACK. « Community treatment orders: Relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, n° 5 (2000), pp. 801-808.

VERMONT. Cour suprême. « In re G.K. », *Atl Report*, vol. 514 (1986), pp. 1031-1034.

WILK, R.J. « Involuntary outpatient commitment of the mentally ill », *Social Work*, vol. 33, n° 2 (1988), pp. 133-137.

XIAO, J., N.J. PRESTON et S. KISELY. « What determines compulsory community treatment? A logistic regression analysis using linked mental health and offender databases », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 38, n° 8 (2004), pp. 613-618.

9.2 Lieux des entrevues

Ajax	Hamilton	Oshawa
Barrie	Hawkesbury	Ottawa
Belleville	Horseshoe Valley (conférence sur les OTMC)	Owen Sound
Bracebridge	Kenora	Pembroke
Brampton	Kingston	Penetanguishene
Brantford	Kitchener/Waterloo	Peterborough
Brockville	Lindsay	London-Sarnia
Campbellford	London	St. Catharines
Casselman	Markham	Sault Ste Marie
Chatham	Midland	Sudbury
Cornwall	Mississauga	Thunder Bay
Durham	Newmarket	Toronto
Elliott Lake	Niagara Falls	Welland
Guelph	North Bay	Whitby
Haliburton	Orillia	Windsor

9.3 Le questionnaire

PROCESSUS D'EXAMEN DES
ORDONNANCES DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE :
EN VERTU DE LA LOI ONTARIENNE
QUESTIONNAIREINDIVIDUEL

Bonjour,

Les personnes responsables de l'examen du processus des ordonnances de traitement en milieu communautaire prévu par la loi ontarienne vous invitent à participer à ce sondage. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'examen, veuillez consulter notre site Web à l'adresse www.ctoproject.ca. Quiconque s'intéresse aux ordonnances de traitement en milieu communautaire est prié de remplir ce questionnaire. REMARQUE : Le questionnaire a pour objet de nous permettre d'obtenir des commentaires de particuliers, et non d'organismes, sur l'examen – les personnes qui travaillent pour des organismes sont toutefois invitées à le remplir. Consultez notre site Web pour obtenir un modèle destiné aux organismes qui souhaitent présenter leurs commentaires.

Même si le site Web offre une version imprimable destinée aux personnes qui n'ont pas accès à Internet, nous vous demandons, dans la mesure du possible, d'utiliser le questionnaire en ligne plutôt que de présenter une version imprimée.

Il faut compter environ 20 minutes pour remplir le questionnaire. Veuillez ne pas soumettre plus d'un questionnaire. Il est très important que nous puissions recevoir le plus grand nombre possible d'opinions et nous vous sommes reconnaissants de votre temps et de vos efforts. Vos réponses au questionnaire seront codées et resteront strictement confidentielles. Les données issues de ce sondage ne seront présentées que sous forme globale. Aucun particulier ne sera identifié. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter notre site Web à l'adresse www.ctoproject.ca.

Si vous ne vous sentez pas à l'aise de répondre aux questions, vous pouvez vous retirer du sondage en tout temps.

Si vous avez des questions sur le sondage ou les procédures, n'hésitez pas à nous faire parvenir un courriel à l'adresse survey@ctoproject.ca. Merci de nous avoir consacré un peu de votre temps et de nous accorder votre soutien.

Tous les questionnaires imprimés doivent être envoyés d'ici le 30 avril 2005 afin que les réponses puissent être mises en tableaux et incluses dans l'analyse du sondage.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sexe : Masculin Féminin

Âge : 0 à 20 ans 21 à 30 ans 31 à 40 ans 41 à 50 ans 51 à 60 ans Plus de 60 ans

Trois premiers caractères du code postal de votre lieu de travail (ou de votre domicile si vous ne travaillez pas dans le système de santé mentale) : _____

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre intérêt à l'égard des OTMC?

- ☐ Bénéficiaire – Survivant(e)
- ☐ Psychiatre
- ☐ Autre médecin
- ☐ Coordonnateur(trice) des OTMC
- ☐ Mandataire spécial(e)
- ☐ Membre de la famille/ami(e)
- ☐ Conseiller(ère) en matière de droits
- ☐ Travailleur(se) en santé mentale en milieu communautaire
- ☐ Travailleur(se) en santé mentale en milieu hospitalier
- ☐ Chercheur en santé mentale
- ☐ Avocat(e)
- ☐ Protecteur(trice) des bénéficiaires
- ☐ Membre de la Commission du consentement et de la capacité
- ☐ Membre du gouvernement
- ☐ Étudiant(e)
- ☐ Police
- ☐ Autre (Veuillez préciser.)

PARTIE 2 – RÔLE À L'ÉGARD DES OTMC

Avez-vous signé une OTMC ou un plan de traitement en milieu communautaire en qualité de médecin, de mandataire spécial, de bénéficiaire-survivant, de travailleur en santé mentale en milieu communautaire ou autre praticien de la santé, ou avez-vous fait l'objet d'OTMC? :

☐ Oui ☐ Non

Si la réponse à la question précédente est affirmative, veuillez indiquer le nombre d'OTMC (soit le total des délivrances, des renouvellements et des délivrances ultérieures) que vous avez signées ou dont vous avez fait l'objet.

_____

Si la réponse à la question précédente est négative, veuillez décrire brièvement votre expérience et indiquer le nombre d'OTMC (soit le total des délivrances, des renouvellements et des délivrances ultérieures), le cas échéant, auxquelles vous avez participé de façon indirecte.

_____

_____

Si vous avez déjà fait l'objet d'une OTMC, qui a donné son consentement?

☐ Sans objet ☐ Vous-même ☐ Mandataire spécial

PARTIE 3 – FACTEURS INFLUANT SUR L'UTILISATION DES OTMC

Dans quelle mesure les facteurs suivants limitent-ils l'utilisation des OTMC en Ontario? Indiquez les cinq facteurs qui limitent le plus l'utilisation des OTMC.

- ☐ Niveau de connaissance ou d'expérience des OTMC
- ☐ Préoccupations concernant l'atteinte aux droits des patients
- ☐ Problèmes liés aux conseils en matière de droits
- ☐ Préoccupations concernant la charge de travail associée à la délivrance d'une OTMC, au processus d'examen prévu par la loi ou à la supervision d'un client faisant l'objet d'une OTMC

- ☐ Ressources communautaires insuffisantes pour répondre aux besoins des clients faisant l'objet d'OTMC
- ☐ Préoccupations concernant les indemnités ou la responsabilité
- ☐ Répercussions négatives possibles sur les rapports entre le client et le fournisseur de services
- ☐ Les nouvelles dispositions relatives aux autorisations de s'absenter en vertu de la *Loi sur la santé mentale* constituent une solution de rechange plus simple.
- ☐ Refus de consentir de la part du mandataire spécial ou du client
- ☐ Mécanismes d'exécution disponibles limités
- ☐ Les OTMC ne sont utiles que pour une clientèle limitée.
- ☐ Insuffisance de preuves scientifiques

Dans quelle mesure les facteurs suivants appuient-ils ou encouragent-ils l'utilisation des OTMC en Ontario? Indiquez les cinq facteurs qui encouragent le plus l'utilisation des OTMC.

- ☐ Accès à des ressources supplémentaires, telles que la gestion de cas
- ☐ Solution au problème de non-respect du traitement
- ☐ Réduction de la fréquence des hospitalisations
- ☐ Assurance qu'une équipe appuie le plan de traitement en milieu communautaire
- ☐ Disponibilité des coordonnateurs des OTMC
- ☐ Demande présentée par le client
- ☐ Satisfaction des critères prévus par la Loi
- ☐ Assurance que les droits sont protégés
- ☐ Sécurité dans la collectivité
- ☐ Demande présentée par la famille ou le mandataire spécial

PARTIE 4 – OPINIONS CONCERNANT LES OTMC

Nous désirons en apprendre le plus possible sur vos points de vue concernant les OTMC. Il se peut que certaines questions ne vous concernent pas. Si c'est le cas, ou si vous n'avez aucune opinion sur une question donnée, sautez cette question et passez à la suivante. C'est la dernière partie du questionnaire et elle ne devrait vous prendre qu'environ 10 minutes. Ces réponses nous aideront à cerner les problèmes qui réclament plus d'attention et les aspects des OTMC qui semblent donner de bons résultats.

Sélectionnez :	Entièrement d'accord	D'accord	Ne sais pas	En désaccord	Entièrement en désaccord
Les OTMC sont un moyen efficace de régler le problème des portes tournantes entre l'hôpital et la collectivité.	☐	☐	☐	☐	☐
Le processus relatif aux conseils en matière de droits tend à retarder la délivrance des OTMC.	☐	☐	☐	☐	☐
Les questions d'indemnités, de responsabilité et de paperasse dissuadent les médecins d'avoir recours aux OTMC.	☐	☐	☐	☐	☐
L'utilisation des OTMC n'a pas permis de réduire les taux de réadmission ou la durée des séjours à l'hôpital des clients faisant l'objet d'OTMC.	☐	☐	☐	☐	☐
Les clients faisant l'objet d'OTMC conservent leurs gains une fois l'OTMC arrivée à échéance.	☐	☐	☐	☐	☐
Les médecins ont tendance à éviter de constater l'incapacité ou à renouveler les ordonnances une deuxième fois afin de se dérober à la Commission du consentement et de la capacité.	☐	☐	☐	☐	☐
Le programme des OTMC est efficace dans les collectivités autochtones, rurales, multiculturelles et francophones.	☐	☐	☐	☐	☐
Les conseils en matière de droits répondent aux différents besoins des mandataires spéciaux, des patients incapables et des patients capables.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC permettent de garder les gens hors des hôpitaux.	☐	☐	☐	☐	☐
Les personnes concernées devraient pouvoir avoir accès aux conseils en matière de droits après la délivrance d'une OTMC.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC pourraient être un bon moyen de garder les gens hors de l'appareil de justice pénale.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC privent les clients ne faisant pas l'objet d'OTMC des ressources dont ils ont besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC sont utilisées comme moyen pour être servis en premier.	☐	☐	☐	☐	☐
Les coordonnateurs des OTMC ont besoin de plus de ressources et de consignes.	☐	☐	☐	☐	☐
Les résultats des traitements dans le cadre d'une OTMC sont bien évalués.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC manquent de sévérité et sont difficiles à faire appliquer.	☐	☐	☐	☐	☐

Sélectionnez :	Entièrement d'accord	D'accord	Ne sais pas	En désaccord	Entièrement en désaccord
Les professionnels de la santé mentale connaissent très bien les nouvelles dispositions relatives aux autorisations de s'absenter.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC contribuent efficacement à réduire les risques de préjudices graves aux membres de la collectivité.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC donnent de meilleurs résultats que les autres options de traitement en milieu communautaire.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC ont une incidence positive sur la qualité de vie.	☐	☐	☐	☐	☐
Les droits civils des clients faisant l'objet d'OTMC sont bien protégés.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC favorisent une communication et une compréhension accrues entre les fournisseurs de services.	☐	☐	☐	☐	☐
Les mesures de protection prévues par la Loi sont excessives.	☐	☐	☐	☐	☐
Il existe un groupe de clients mal desservis qui pourrait tirer avantage d'une OTMC, mais il ne répond pas aux critères actuels.	☐	☐	☐	☐	☐
Les médecins sont bien renseignés et informés sur les OTMC et les questions connexes.	☐	☐	☐	☐	☐
Il faudrait faire plus de recherche sur l'utilisation appropriée et les résultats des OTMC.	☐	☐	☐	☐	☐
La disponibilité du soutien du revenu et de logements influe sur l'efficacité des OTMC.	☐	☐	☐	☐	☐
Toutes les parties intéressées sont satisfaites du processus de la Commission du consentement et de la capacité.	☐	☐	☐	☐	☐
Les conseillers en matière de droits outrepassent leur mandat.	☐	☐	☐	☐	☐
Le programme des OTMC ne répond pas aux besoins propres à ma région.	☐	☐	☐	☐	☐
La Loi établit un juste équilibre entre le besoin de traitement, de soins et de protection et la liberté des clients.	☐	☐	☐	☐	☐
L'exigence voulant que les candidats à une OTMC doivent répondre au critère de la formule 1 n'est pas justifiée.	☐	☐	☐	☐	☐
Les OTMC devraient être une mesure de dernier ressort lorsque toutes les autres options de traitement ont été envisagées.	☐	☐	☐	☐	☐
Les mesures prises en cas de non-conformité sont satisfaisantes.	☐	☐	☐	☐	☐
Les dispositions relatives aux conseils en matière de droits ne protègent pas adéquatement les bénéficiaires et les membres de leur famille.	☐	☐	☐	☐	☐
Nous vous remercions d'avoir bien voulu prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Veuillez le poster avant le 30 avril 2005.	☐	☐	☐	☐	☐

9.4 Régions de planification du MSSLD

Nom de la région	Nom du comté
Centre-Est	Municipalité régionale de Durham Comté de Haliburton Comté de Northumberland Ville de Kawartha Lakes Comté de Peterborough Comté de Simcoe Municipalité régionale de York
Centre-Sud	Comté de Brant Municipalité régionale de Haldimand-Norfolk Ville de Hamilton Municipalité régionale de Niagara
Centre-Ouest	Municipalité régionale de Halton Municipalité régionale de Peel Municipalité régionale de Waterloo Comté de Dufferin Comté de Wellington
Est	Comtés unis de Prescott et Russell Comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry Comté de Hastings Comté de Prince Edward Comté de Frontenac Comté de Lennox et Addington Comté de Lanark Comtés unis de Leeds et Grenville Ville d'Ottawa Comté de Renfrew
Nord	District d'Algoma Municipalité du district de Muskoka District de Parry Sound District de Nipissing District de Kenora District de Rainy River District de Thunder Bay District de Cochrane District de Manitoulin District de Sudbury Région de Sudbury District de Timiskaming
Sud-Ouest	Comté de Kent Comté d'Elgin Comté de Bruce Comté de Grey Comté de Huron Comté de Lambton Comté de Middlesex Comté d'Oxford Comté de Perth Comté d'Essex
Toronto	Ville de Toronto

N° de catalogue 7610-3249697 50 mai 2007 ISBN: 978-1-4249-3293-1 © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario